

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**“Significado del cuidado de enfermería otorgado por las
enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de
Chiclayo 2012”**

TESIS

Para optar el Grado Académico de DOCTOR EN ENFERMERÍA

AUTOR

MARÍA ROSARIO VERÁSTEGUI LEÓN

Lima – Perú

2014

**“SIGNIFICADO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA OTORGADO
POR LAS ENFERMERAS DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA DE
UN HOSPITAL DE CHICLAYO 2012”**

A mi familia, parte y razón de mi vida.

Agradecimientos

Al terminar esta tesis doctoral quiero manifestar mi reconocimiento a todas las personas que a lo largo del proyecto y ejecución de la misma han colaborado de manera concreta con diferentes aportaciones, o me han mostrado su interés y apoyo incondicional.

En primer lugar a la Dra. Rocío Cornejo Valdivia de Espejo, mi profesora asesora, por su inestimable ayuda, consejos, orientaciones y sabias opiniones. Le agradezco de una forma muy especial su dirección, comprensión y disponibilidad a lo largo de todo el proceso que se inició en el curso de Seminario de Tesis I. Sus orientaciones y reflexiones me han ayudado a crecer en la tarea de investigar y a la realización de esta tesis doctoral.

A la Dra. Martha Vera Mendoza, profesora y coordinadora del doctorado en enfermería, quien me motivó, orientó y apoyó, sumando esfuerzos para el logro de esta meta.

A la Dra. Gladys Santos Falcón, por su invalorable aporte, ayuda, consejos, orientaciones y sabias opiniones para culminar este estudio.

A las enfermeras del servicio de cirugía del hospital de Chiclayo que generosamente me han dado su tiempo, participando en las diferentes fases del proceso de investigación, que estuvieron dispuestas a ser entrevistadas.

A los expertos, que han puesto a disposición del estudio sus conocimientos y experiencias.

A mis amigas y compañeras doctorandas, por su compañía y aportaciones vitales e intelectuales en todo este proceso.

Mi agradecimiento y gratitud a Keyli Díaz, mi alumna de enfermería, por su valiosa ayuda en la desgrabación de las entrevistas con toda fidelidad y confiabilidad.

A mis hijos y nietos por su amor, apoyo y paciencia en mis ausencias.

Las aportaciones de todos ellos han sido imprescindibles para la realización de esta tesis.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	IV
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	6
1.3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	12
1.4. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	16
1.5. OBJETIVO DEL ESTUDIO	19
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. MARCO FILOSÓFICO, EPISTEMOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
2.3. BASES TEÓRICAS.....	32
2.3.1. La profesión de enfermería.....	32
2.3.2. El cuidado y la enfermería	35
2.3.3. Evolución del cuidado	39
2.3.4. Teoría que fundamenta la humanización del cuidado.....	43
2.3.5. Relación enfermera paciente	56
2.3.6. Principios éticos del cuidado.....	62
2.3.7. Imagen profesional de la enfermera	64
2.3.8. Significado del Cuidado Humano.....	691
2.3.9. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici	72
2.3.10. El interaccionismo simbólico y el “Self”	83
CAPITULO 3: TRAYECTORIA METODOLÓGICA.	90
3.1. Tipo y Diseño de investigación	90
3.1.1. Tipo de investigación	90
3.1.2. Escenario de la investigación	91
3.1.3. Población y muestra	92
3.1.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	92
3.1.5. Proceso de recolección de datos.....	96
3.2. Análisis e interpretación de la información.....	96
3.3. Procesamiento de información.....	99
3.4. Aspectos éticos	100
3.5. Rigor científico.....	105

CAPÍTULO 4: RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	105
4.1. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	105
4.1.1. Perfil de las enfermeras entrevistadas.....	105
4.1.2. Análisis de los datos	108
CONSIDERACIONES FINALES:	158
RECOMENDACIONES	160
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	161
ANEXOS	172

ÍNDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA N°1: RECONOCIMIENTO DEL SER CUIDADO COMO PERSONA HUMANA EN LA INTERRELACIÓN (PODEMOS APRECIAR QUE EL NÚCLEO CENTRAL: RECONOCIMIENTO DEL SER CUIDADO COMO PERSONA HUMANA ES LA CATEGORÍA Y LAS RAMAS PERIFÉRICAS SON LAS 4 SUB CATEGORÍAS) ..	121
ESQUEMA N° 2: RECONOCIMIENTO DE LA PROPIA NATURALEZA HUMANA DE LA ENFERMERA (COMO NÚCLEO CENTRAL Y CUATRO SUB CATEGORÍAS QUE REPRESENTAN LAS DIMENSIONES DE LA ENFERMERA COMO PERSONA HUMANA EN LA INTERRELACIÓN DEL CUIDADO)	130
ESQUEMA N°3: AUTO RECONOCIMIENTO DE CAPACIDADES DE LA ENFERMERA EN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO	141
ESQUEMA N° 4: DEFINIENDO QUE EL CUIDADO NO ES SOLO CIENCIA Y ARTE, ES LA COMPLEMENTACIÓN CON EL “SELF” DE LA ENFERMERA	154
ESQUEMA N° 5: NÚCLEO FIGURATIVO	155
ESQUEMA N° 6: RECONOCIENDO LA DIMENSIÓN FÍSICA DE LA PERSONA CUIDADA	207
ESQUEMA N° 7: RECONOCIENDO LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LA PERSONA CUIDADA	208
ESQUEMA N° 8: RECONOCIENDO DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL DE LA PERSONA CUIDADA	208
ESQUEMA N° 9: RECONOCIENDO LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL DE LA PERSONA CUIDADA	209
ESQUEMA N° 10: RECONOCIENDO LA IMPERFECCIÓN HUMANA DE LA ENFERMERA EN SU DIMENSIÓN FÍSICA	209
ESQUEMA N° 11: AUTO-RECONOCIENDO LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LA ENFERMERA	210
ESQUEMA N° 12: AUTO-RECONOCIENDO LA DIMENSIÓN PSICO-EMOCIONAL DE LA ENFERMERA	210
ESQUEMA N° 13: AUTO-RECONOCIENDO LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL DE LA ENFERMERA	211
ESQUEMA N° 14: TENER CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS ACTUALIZADOS	211
ESQUEMA N° 15: DESARROLLAR LA PRÁCTICA DEL CUIDADO	212
ESQUEMA N° 16: SABER SER EN EL CUIDADO	212
ESQUEMA N° 17: SABER CONVIVIR EN LA INTERRELACIÓN DEL CUIDADO	213
ESQUEMA N° 18: RECONOCIENDO QUE EL CUIDADO ES CIENCIA	213
ESQUEMA N° 19: RECONOCIENDO QUE EL CUIDADO ES ARTE	214
ESQUEMA N° 20: AFIRMANDO QUE EL CUIDADO ES EL “SELF” DE LA ENFERMERA	214
ESQUEMA N° 21: EMERGIENDO UN PROCESO DE CAMBIO DESDE LO NEGATIVO DE LA PRÁCTICA. (RESILIENCIA)	215

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo comprender el significado que otorgan al cuidado de enfermería las enfermeras que laboran en el servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo. El referente teórico: Jean Watson con su teoría del cuidado humano, la trayectoria metodológica cualitativa descriptiva comprensiva con enfoque procesual a través de la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici, que permitió comprender el proceso de construcción del cuidado de enfermería en la práctica profesional, en las experiencias cotidianas e intersubjetivas. La información se obtuvo utilizando la entrevista a profundidad, considerando como principales preguntas orientadoras: ¿Qué significa para usted el cuidado? ¿Qué significa para usted ser enfermera?

Sistematizadas las videograbaciones de las entrevistas, a siete enfermeras, transcribiéndolas, re-leyendo los documentos, se analizaron los significantes: mediante la codificación abierta, axial y selectiva, centrándose en lo común, permanente e invariable de los discursos; las transcripciones e interpretaciones mediante códigos vivos y sustantivos se reunieron por grupos de temas presentando gráficamente los resultados, pudiéndose acceder a las representaciones y siendo el gran núcleo central el significado del cuidado otorgado por las enfermeras, formado por cuatro dimensiones: “Reconocimiento del ser cuidado como persona humana en la interrelación”, “Reconocimiento de la propia naturaleza humana de la enfermera”, “Auto-reconocimiento de capacidades de la enfermera” y “Definiendo que el cuidado de enfermería no es solo ciencia y arte, es la complementación con el Self de la enfermera”.

Estos significados confirman que en la interrelación enfermera –persona cuidada hay esencias y crecimiento mutuo, lo cual permite a las enfermeras sentirse reconfortadas, realizadas como profesionales.

Palabras clave: significado del cuidado, representaciones sociales, enfermería

ABSTRACT

This research aimed to understand the meanings given to nursing care nurses working in the surgery department of a hospital in Chiclayo. The theoretical reference: Jean Watson with his theory of human caring, comprehensive qualitative descriptive methodological path with procedural approach through the theory of social representations of Serge Moscovici, allowing to understand the construction process of nursing care in professional practice, in daily and intersubjective experiences. Information was gathered using in-depth interviews, considering as main guiding questions: What does it mean for you care? What does it mean to you to be a nurse?

Systematized video recordings of the interviews , seven nurses, transcribing , re- reading the documents , the signifiers were analyzed : through open , axial and selective coding , focusing on the common, permanent and unchanging speeches ; transcripts and interpretations by living and substantive codes gathered by groups of subjects presenting the results graphically, being able to access the representations and the large central core being the meaning of care given by nurses , consisting of four dimensions: "Recognition of self care as a human being in the interrelation" , "Recognition of human nature nurse own " , "Auto - recognition capabilities nurse" and "Defining the nursing care is not only science and art, is supplementation with Self nurse".

These meanings confirm that the nurse's scents person cared interrelationship and mutual growth, which allows nurses to feel comforted, made as professionals.

Keywords: meaning of care, social representations, nursing.

PRESENTACIÓN

“Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad” (De la Cuesta, 2007). En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él (Grupo de cuidado, 2002).

Según Watson, (2006) el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona, se basa en la ética y ontología de las relaciones, frente a una epistemología de la ciencia y tecnología que desarrollan los aspectos espirituales y energéticos de los cuidados, conscientes e intencionales, más la presencia y evolución humana de las practicantes, lo cual se hace evidente en la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados.

Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería (Ortega, 2002).

Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico (Medina, 1999); el cuidado, que es entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, muchas veces propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.

Las enfermeras por ser también seres humanos, al brindar el cuidado no dejan de sentir, de estar preocupadas con lo que aceptan o no, con lo que es cultural y socialmente aceptado, cuando están frente a los enfermos y por qué no decirlo cuando ellas también lo están. Por tanto,

es importante que “el cuidado comprenda no solamente lo que el hombre piensa, sino también lo que siente”.(Silva, 1996) El cuidado puede ser capaz de trascender la técnica, porque engloba otras dimensiones, como la familia, las necesidades psico-emocionales, la comunidad, las relaciones interpersonales e interprofesionales, el afecto, la escucha, la política filosófica institucional, entre otras. Él está relacionado a la dimensión ontológica y epistemológica del ser humano, siendo un proceso que determina las acciones, el verdadero "estar-en-el-mundo" hace parte de los seres humanos que se relacionan, enfrentando dificultades, conociendo el mundo, a sí mismos, sus posibilidades, necesidades y limitaciones. “El acto de cuidar aparece con un significado para el ser humano, para la enfermera, que puede clasificarlo, de acuerdo con su manera de vivir”, (Waldow, 2008), esto es, que ha de identificarlo y representarlo en su práctica diaria, guiando sus acciones y actitudes.

Concordamos que el cuidar es más que un acto, es una actitud para con el otro, un "modo de ser" que representa las intenciones, las expectativas y las necesidades de ser y estar inserto en un compromiso en la realidad concreta del mundo con los seres humanos, esto es reafirmado por Boff, quien define el cuidado como:

La predisposición para hacer el bien, en la medida en que se desenvuelve como una actitud, una relación de responsabilidad interhumana para satisfacer, conocer y compartir experiencias y comportamientos con las otras personas, contempla un conjunto de principios, reglas, rutinas, que transculturalmente, rigen el comportamiento humano para que este humano sea un ser consciente, socialmente libre y responsable por sus actos y por sus actitudes (Boff, 1999)

Se entiende que, por más que se piense en las diferentes estrategias de intervención sobre el proceso de enfermar, es importante considerar que el cuidado debe comprender a los individuos en su totalidad, no

reducirse únicamente a la ejecución de tareas. Se ha de ampliar la atención de salud para una dimensión del cuidado que visualice al ser en su integridad, o sea, que busque la humanización de la atención. En esa perspectiva, se cree que la enfermería es una de las profesiones de la salud que puede ayudar en esa concretización.

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a “la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado” (Daza, 2006). Por otra parte, el cuidado se ha definido como “el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica” (Baggio, 2006).

Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, y que, de acuerdo con Levinas (1995): “las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos”, entonces, “la relación enfermera (o)-paciente, como seres dialógicos, implica un encuentro humanizado, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro a través de la reflexión de los cuidados, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería” (Siles, 2008).

Por lo antes mencionado, es necesario comprender cómo representa la enfermera (o) su hacer profesional a través de formaciones subjetivas

como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos; tal comprensión servirá para mejorar el cuidado de su práctica, que actualmente adolece de significado para unas y para otras, aún no lo tienen claro, mucho menos internalizado y, por tanto, de un reconocimiento propio.

La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici (1979) permite comprender de manera flexible la posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido real, y la imagen que el personal de enfermería reelabora del cuidado. Daza, dice que:

Las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto, y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos (Daza, 2005).

Si se considera que la enfermería tiene la responsabilidad de articular y difundir definiciones claras de las funciones que desempeña en su práctica (CIE), y que el cuidado es la parte ontológica y epistémica que guía los aspectos axiológicos de su hacer profesional, se hace necesario comprender el significado de cuidado a través de la investigación cualitativa, el cual produce evidencias relevantes para la práctica profesional.

Por esta razón, se decidió abordar el presente estudio mediante una metodología cualitativa, con el propósito de comprender cómo el profesional de enfermería construye el significado de cuidado en su práctica.

Así, el presente estudio pretende conocer y comprender los significados sobre el cuidado que le otorgan las enfermeras de un

servicio de cirugía de un hospital, para lo cual se presenta en cuatro capítulos:

Capítulo 1, que comprende la introducción, situación problemática, justificación teórica, justificación práctica y objetivo del estudio.

En el Capítulo 2, el marco teórico, bases filosóficas, antropológicas, epistemológicas de la investigación, antecedentes del estudio, bases teóricas: la profesión de enfermería, el cuidado y la enfermería, evolución del cuidado, teoría que fundamenta la humanización del cuidado (de Jean Watson), relación enfermera paciente, principios éticos del cuidado, imagen profesional de la enfermera, significado del cuidado humano, la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici y el interaccionismo simbólico de Mead.

En el Capítulo 3, está comprendida la trayectoria metodológica, tipo y diseño de la investigación, escenario de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos, el proceso de recolección de información, análisis e interpretación de la misma, aspectos éticos y rigor científico.

En el Capítulo 4 se presentan los resultados, análisis e interpretación de la información y las consideraciones finales, que son de interés para explicar el pensamiento actual de la población estudiada, mejorar el ejercicio profesional de las enfermeras y, en consecuencia, la satisfacción de las personas que son atendidas por éstas.

Finalmente se presenta las referencias bibliográficas que sustentan el informe de investigación y los anexos más importantes de la presente investigación.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las enfermeras constituyen el potencial humano que integra el equipo multidisciplinario de profesionales de salud en el cual las competencias están diversificadas, también se encuentran laborando en todos los escenarios relacionados con el cuidado de la salud; desde el instituto de alta especialidad, los hospitales generales, los centros de salud más alejados en las zonas rurales o urbanas, las escuelas y los centros de trabajo, actualmente hasta en los domicilios de las personas; las enfermeras dentro de su quehacer educan, dirigen, asesoran, investigan, pero ante todo cuidan la salud y el bienestar de los seres humanos en todo su ciclo vital.

Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con una gran interrelación multidisciplinaria, pero también llena de paradojas; el compromiso profesional y la ética exigen desarrollar el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, considerando los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se exigen además competencias técnicas de muy alto nivel, manteniendo una gran sensibilidad para brindar un trato humanizado a las personas que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.

La profesión de los enfermeros como cuidadores de la salud se ha desplazado por la urgencia de asistir la enfermedad y asumir funciones

técnicas, a veces de promoción y prevención de la salud, otras convirtiéndose en una actividad reparadora que obedece más a las demandas de las tareas de curar de la medicina que a las necesidades de mantener y fortalecer la salud. Por otra parte, en esta institucionalización del cuidar, los enfermeros deben actuar bajo órdenes médicas y su quehacer debe ser guiado sólo por las teorías científicas y la técnica médica, perdiendo así la capacidad y el interés de articular las habilidades y los conocimientos técnicos y científicos, con la sabiduría y la ternura, esta situación ha creado en el enfermero un grado de dependencia muy alto de la teoría, la tecnología y la práctica médica.

En este escenario, las condiciones de la práctica profesional de la enfermera tienden a transformarse diariamente por los efectos de la globalización, del desarrollo científico tecnológico, de los sistemas de comunicación computarizados, pero también por el impacto de los cambios en el perfil epidemiológico de fenómenos como el envejecimiento de la población, las enfermedades degenerativas, la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA y otras, y la reaparición de otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis aún más complicada, así como de las enfermedades relacionadas con la pobreza extrema. Sin embargo, y más allá de la diversidad y del cambio que enfrentan las enfermeras en la atención a la salud y en la práctica profesional de la enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen la esencia de su quehacer y por lo tanto es el foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional y ciencia social, por lo que es importante esta investigación.

Uno de los rasgos más importantes que define el siglo XXI es sin duda la tecnología. El desarrollo tecnológico ha sido espectacular en todos o

casi todos los campos, y en especial en el de la salud y lo que es más importante, para la profesión de enfermería este desarrollo está a su alcance. Los grandes inventos del siglo pasado supusieron realmente un cambio en las vidas y la economía de la población, pero su uso, y sobre todo su control, quedaba en manos de pocas personas. Ahora esto no es así, pues si la tecnología no se pone a disposición de la gran masa de población es como si no existiera. Es cierto que ese acercamiento de la población a la técnica se debe a motivos económicos, ya que en nuestros días parece que lo que no está de acuerdo con la ley del beneficio no puede existir. Así la tecnología está al alcance de todos y la gente se ha habituado tanto a ella que ni siquiera le da importancia a todo lo que aporta.

Actualmente es solo la científicidad y la utilidad lo que prima, es la satisfacción de necesidades que al parecer dan satisfacción pero no logran dar completo bienestar, pues se está olvidando algo más profundo que muchos lo tienen sin aflorar y son los valores, la espiritualidad, ese valor que se debe desarrollar en la vida social y en especial en la interrelación que se tiene con las personas sanas o enfermas que es el caso de enfermería. Frente a este panorama se plantea las siguientes interrogantes:

¿Se está sobrevalorando la tecnología de la curación en detrimento del resto de actividades propias de enfermería? ¿Se está promocionando a la enfermería por su maestría en su uso de instrumentos y unas técnicas que cada vez son más complejas, imitando a otros profesionales, intentando de este modo conseguir más prestigio y más reconocimiento social?

Ante esta situación en el quehacer de enfermería, es importante reconocer que realmente a pesar de los importantes avances

científicos tecnológicos en los últimos años, el cuidado adecuado, holístico a las personas no se está dando, hay mucho que enmendar y mucho por hacer. El interés, en lo que concierne al cuidado de enfermería, le ha llevado a la investigadora a realizar el presente estudio, y que surge a partir de querer iniciar un cambio en el servicio en el cual se desempeñó como enfermera asistencial, con la determinación y la respectiva reflexión acerca de lo que significa actualmente el cuidado de enfermería para las enfermeras que continúan laborando en el servicio mencionado.

En ese devenir del trabajo arduo, se observa que por múltiples actividades las enfermeras se ven distanciadas de sus pacientes, dejando de lado la verdadera interrelación, limitándose a cumplir con la atención física, tratamientos y otras rutinas, dejando de lado las otras dimensiones del cuidado de las que Jean Watson nos habla, y con la cual se comparte la idea de que es la enfermera quien tiene la responsabilidad de dirigir las acciones de enfermería para la atención de las necesidades integrales de los pacientes, imprimiendo calidad al servicio prestado. Para esto, debe visualizar a la persona como única, indivisible en sus aspectos psicológicos, sociales y espirituales, sin dejar de lado a su familia.

Se observa que las enfermeras al estar inmersas en la vorágine del trabajo enfermero, del cumplimiento de actividades, corriendo contra el tiempo, busca estrategias de cómo manejar a los pacientes, por lo que los llama por número de cama o por el diagnóstico, sin pensar en las consecuencias que esto puede traer, como la despersonalización, de cómo se sienten esas personas a las cuales ellas se acercan, o a veces ni lo pueden hacer a pesar de que los pacientes están esperando por ellas, postrados, dependientes u otros que ya se están

despidiendo y es recién en ese momento que se dan cuenta que no conocen su nombre completo, solo su patología. En este momento del alta, es cuando se fijan en el nombre completo de la persona que está por abandonar el hospital porque está escrito en la papeleta del alta... y ¿cómo se sienten las enfermeras con respecto a ese cuidado de enfermería que están brindando?

El Servicio de Cirugía del Hospital de Essalud de la ciudad de Chiclayo departamento de Lambayeque, donde laboran las enfermeras con las cuales se realizó el estudio, está denominado como un servicio de cirugía general, pero las patologías que requieren tratamiento quirúrgico y que son atendidas en este servicio son en un gran porcentaje patologías de origen oncológico, los enfermos necesitan satisfacer todas sus necesidades alteradas, muchos de ellos llegarán al final de su evolución a una etapa terminal, caracterizada por un intenso sufrimiento y una alta demanda asistencial, las edades de las personas hospitalizadas en este servicio son en mayor porcentaje adultos y adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas, además de la que requieren tratamiento, por ejemplo personas diabéticas, con insuficiencia renal, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades coronarias, con tratamientos especializados que no pueden abandonar y que además están programados para una intervención quirúrgica, lo que los convierten en “pacientes de alto riesgo, complicados”, son estos pacientes los que diariamente necesitan cuidado, un cuidado integral con calidad y calidez.

Las enfermeras asistenciales en este servicio, observan y comparten experiencias con el equipo de salud, los hospitalizados, cuidadores, familiares; especialmente los diagnosticados con estas enfermedades

oncológicas terminales, los cuales han presentado alteración de sus necesidades, en su mayoría sin la atención adecuada, mostrando además intolerancia al dolor, preocupación, frente a esta situación el personal y la enfermera en particular tiene sentimientos o sensación de frustración e impotencia de no poder dar el cuidado enfermero óptimo, entonces nos preguntamos ¿cómo está viviendo la enfermera estas experiencias al dar el cuidado enfermero?

La institución tiene como objetivo el logro de metas, de productividad que se traduce en número de atenciones, número de operaciones, procedimientos y para cumplir estos objetivos, lo programado, se descuida la calidad de la atención y esto se refleja en la insatisfacción manifestada por muchos usuarios, este descuido involucra a los cuidados de enfermería, los que no se brindan en sus dimensiones, en forma holística.

Se muestra preocupación cuando las enfermeras al referirse a los pacientes, lo hacen con expresiones, como: *“ha ingresado una vesícula”, “el paciente de la cama 8 tiene una radiografía”, “no se ha preparado al cierre de colostomía”, “el viejito del 15”*, entre otras; sin embargo, se considera fundamental indagar el ¿por qué se da esta situación?, ¿cuáles son los referentes conceptuales que tienen las enfermeras al brindar cuidado?, ¿están conscientes las enfermeras de este servicio que es necesario iniciar los cambios en sus actitudes? ¿Todas las enfermeras que laboran en este servicio, tienen la misma concepción de lo que es enfermería?, ¿Qué es cuidado de enfermería? ¿Y cómo se aborda el cuidado? ¿Es que acaso hay un deterioro de valores en las enfermeras como personas? ¿Tienen interés en la capacitación continua? ¿Es que el cuidado se está deshumanizando y hay indiferencia al respecto? ¿Cómo viven el

cuidado de enfermería? ¿Cómo lo practican? ¿Cómo lo sienten? ¿Cómo lo transmiten? ¿Cómo lo retroalimentan? ¿Brindan el cuidado por compasión, por ayuda, imitación, coacción, atención consciente, retribución económica, por compromiso, por cumplir una tarea, un horario?

Se cree que es también necesario analizar cómo se ve a sí misma la enfermera, ¿es el espejo de lo que ve la persona cuidada, la sociedad, en ella?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Todos los cuestionamientos presentados llevaron a la autora de la tesis a desarrollar una investigación con la siguiente pregunta central:
¿Cuál es el significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras del servicio de cirugía?

1.3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Las personas en situación de enfermos, tienen una alta necesidad y demanda asistencial con implicación de todos los niveles asistenciales del sistema sanitario. Las personas con enfermedad, y sus familias necesitan recibir una asistencia de calidad que dé respuesta a las múltiples necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales que se presentan en este proceso.

Cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional; no obstante, se entiende como el corazón de la enfermería profesional. Por ello, no deja de ser asombroso comprobar cómo el cuidado se va deslizando de las manos de la enfermería para situarse, a veces exclusivamente, en manos de auxiliares y de familiares o amigos... (De La Cuesta, 2007)

Existe una demanda generalizada de una atención centrada en el ser humano, de calidad y a costos razonables, que permita la recuperación de la salud y una vida dignas. “Las prioridades de los pacientes son: tener los síntomas aliviados, evitar una prolongación inapropiada de su situación, tener una sensación de control en la toma de decisiones, no ser una carga y estrechar los lazos con sus seres queridos”. (Arranz, P., 2003)

Con la información y los resultados esperados de esta investigación, se cree que la enfermera reflexionará acerca de la vital importancia que tiene el establecer una relación de ayuda: relación en la que al menos una de las partes, intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor, lograr una mejor apreciación de sí mismo y enfrentarse a las experiencias de la vida de la manera más adecuada.

La disciplina de enfermería debe guiar y orientar las necesidades de la práctica y ésta, a su vez, aplicar o visualizar su utilidad, como también generar teorías inductivas desde la praxis, formándose así un vínculo de retroalimentación, una conexión fundamental mediatizada por la investigación, actividad que genera y crea los conocimientos derivados de una problemática propia de enfermería. Vital es, entonces, entender las nuevas concepciones teóricas con una visión de cuidados humanos, que puedan movilizar la enseñanza y práctica tradicional de enfermería, es por esto que la teoría de Jean Watson, utilizada en esta investigación, es útil, ya que permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-práctica, reconoce que “el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente *llegar a ser*, este ser es un *ser en relación a otro que lo invoca*. Este llamado

desde el otro, *absolutamente otro*, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería” (Watson, 2006)

En este proceso de cuidado profesional, estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud, la enfermera toma conciencia de que una relación de ayuda puede significar para ella crecimiento personal y profesional, y para el paciente la satisfacción de sentirse atendido como persona humana, lo que se corrobora con la siguiente afirmación, dentro del proceso de convertirse en persona:

Las actitudes de fondo del ser, del profesional y las habilidades personales y relacionales que éste despliega, tanto en situaciones difíciles, como en los momentos más cotidianos, mientras que presta los cuidados, interacciona con el paciente (Rogers Carl. 1986)

El compromiso de socializar nuevos conocimientos para enriquecer las formas de brindar el cuidado de enfermería y ser consecuentes con la filosofía cálida y humanista de atención a enfermos y familias que caracteriza el perfil de un profesional enfermero; además, una concepción moderna de los cuidados de calidad implica sólidas bases organizativas, docentes e investigadoras, de allí la preocupación e interés por la presente investigación

Con el fin de poder lograr una aproximación integral que conforme un cuerpo teórico fundamental para la disciplina profesional y que sea aplicable en el desempeño cotidiano, ya que si para enfermería como disciplina profesional el cuidado es su esencia y objeto de estudio, entonces, se hace necesario que desde el punto de vista epistemológico y ético se pueda hacer una sustentación de la importancia que reviste este concepto para los profesionales y para las personas que reciben el cuidado

Esta investigación está orientada a la comprensión de los fenómenos relacionados con el quehacer y el saber en enfermería, y ha de permitir el fortalecimiento y descubrimiento de nuevas vías orientadas a la búsqueda de calidad de la atención de enfermería.

La comprensión de los significados que conllevan los procesos vitales de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, así como lo que significa para la enfermera el cuidado, permitirá seguir profundizando en nuevas alternativas que permitan una mejor atención para los usuarios, de allí que para ello fue necesario indagar en la dimensión subjetiva de las enfermeras asistenciales de un hospital elegido para la investigación, a través de una aproximación del fenómeno desde el análisis de las representaciones sociales, relevando en esa tarea el significado que tienen para las profesionales de enfermería, el cuidado que brindan. Se escogió el modelo de análisis desde las Representaciones Sociales de Serge Moscovici, porque permite acceder al conocimiento del sentido común (experiencias, interacciones, significados, representaciones, sobre el cuidado enfermero)

El enfoque de Representaciones Sociales, refiere a una forma de conocimiento específico que corresponde al saber del sentido común (no científico) que despliegan las personas para dar cuenta de la realidad y el mundo en que habitan. Moscovici planteará que:

Las representaciones sociales son entidades casi tangibles. Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos, de las comunicaciones

intercambiadas están impregnadas de ellas (Moscovici, 1979)

Por tanto, en estricto rigor, corresponde a un tipo de pensamiento social que elabora saberes a partir de representaciones condensadas de la realidad, tales como: imágenes que reúnen un conjunto de significados, situaciones de referencias para interpretar lo que nos sucede, categorías para clasificar circunstancias, fenómenos e individuos con quienes debemos tratar, teorías para establecer relaciones sobre ellos, etc. Según Jodelet (1986), las Representaciones Sociales son “una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social”.

1.4. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Se espera que esta investigación sirva para reorientar el cuidado, promoviendo, ejecutando la calidad del cuidado, liderando la interrelación como estrategia de satisfacción del usuario y de la misma enfermera. Esta investigación se realiza, también, porque se quiere:

- Motivar al personal de enfermería, con el cual se realizó la investigación, a modificar actitudes con el paciente y con ella misma.
- Destacar la importancia de la interrelación enfermera paciente
- Dar la importancia del enfoque humano- social de equidad de la relación enfermera paciente
- Reconsiderar la humanización del cuidado
- Motivar para la formación específica y la capacitación continúa de los profesionales de enfermería.
- Promover el trabajo digno de la enfermera.

- Aplicar los resultados obtenidos en esta investigación a los cuidados de enfermería de otras especialidades hospitalarias.
- Brindar a las enfermeras la oportunidad de reflexionar y autoevaluar las capacidades de integrarse, establecer la naturaleza de los fenómenos y los valores relacionados con su quehacer.
- Promover la investigación en el ámbito asistencial porque enfermería tiene el desafío de generar sus propios conocimientos a través de la investigación y construir su realidad desde su propia perspectiva, desde sus experiencias.

Esta investigación, se realizó con el enfoque metodológico de las representaciones sociales, lo cual permitió comprender y explicar la realidad. Adquirir conocimientos e integrarlos en un marco comprensible para las enfermeras, que responda a los valores a los cuales ellas se adhieren y faciliten la comunicación. Las representaciones sociales definieron un marco de referencia común, que posibilitó el intercambio social, la transmisión y la difusión de un conocimiento "espontáneo" e "inocente", que en las ciencias sociales es denominado como el "conocimiento del sentido común". (Moscovici, 1991)

Por todas las razones expuestas, por las experiencias personales y profesionales como enfermera asistencial y docente, la investigadora considera que esta investigación es importante porque permitirá reflexionar sobre la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de cirugía, determinar líneas generales de acción dirigidas al mejoramiento continuo y así, las enfermeras sean protagonistas de un cambio que beneficie al ser cuidado, a la cuidadora y a la institución.

En este marco de justificación de la investigación se establece el propósito de la misma: dar a conocer la importancia de los significados que se les atribuyen a las experiencias de las enfermeras en su práctica, así como internalizar el significado del ser, y dentro de éste, conocer la esencia de las experiencias, identificándolas en el quehacer cotidiano de la enfermera, en representaciones de la experiencia de las enfermeras.

Proporcionar una información válida traducida en representaciones sociales (lenguaje cotidiano) que las enfermeras del servicio de cirugía le dan al cuidado que brindan, a las enfermeras de todo el hospital para que a través de ellas mismas conozcan y reflexionen acerca del mismo y que ese significado sea la guía en sus intervenciones, así también para que las enfermeras administradoras, docentes y estudiantes tomen interés en la verdadera esencia del quehacer de enfermería, que se unifiquen criterios para conceptualizarlo y asumirlo con el fin supremo de humanizar el cuidado.

Humanizar exige sintonía con el modo de hacer y el cómo se debe hacer. Necesita de la inseparabilidad de la producción de los procesos y cambios de los sujetos involucrados en la producción de salud (Barros, 2005), se experimenta en la cotidianidad del hacer de la enfermera, sobre todo, con más fuerza, en los ambientes hospitalarios

Desde la perspectiva de la investigación cualitativa, se espera comprender el significado del cuidado de enfermería en las enfermeras, a partir de sus vivencias y experiencias.

1.5. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Comprender el significado que le otorgan al cuidado de enfermería las enfermeras que laboran en el servicio de cirugía de un Hospital Nacional de Chiclayo.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO FILOSÓFICO, EPISTEMOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Las bases filosóficas, sociológicas y antropológicas del cuidado

Los aportes de grandes filósofos, han servido a las grandes teóricas para comprender y explicar en sus teorías los fenómenos de enfermería. Así tenemos en el libro “Cuidar: expresión humanizadora” de Vera Regina Waldow (2008) encontramos un capítulo dedicado a las bases filosóficas del cuidado.

Edmundo Husserl (2002), nos indica el camino para discurrir en el significado, dice que: “la estructura de la conciencia, su esencia, consiste precisamente en su estar orientada hacia algo, y es precisamente este estar orientado hacia...” que lo denomina intencionalidad, esto quiere decir que la intencionalidad de la conciencia permite acercarse al mundo de la vida y la intersubjetividad de las experiencias individuales, tal y como son, sin tratar de interpretarlas, ni hacer juicio sobre las mismas, así se tiene, por ejemplo, que el significado del ser humano es, en suma la experiencia que somos, entonces, ¿así vemos las enfermeras el significado del cuidado?, es una interrogante que se propuso analizar en esta investigación.

Lo que se conoce sobre el tema ha sido, por parte de la mayoría de autores, apoyado en las ideas de Martín Heidegger, (1997) en su obra *El ser y el tiempo*. Por consiguiente, estos ideales, siguen un punto de vista filosófico y con interpretación existencialista, y nos dice que es a través del cuidado que los seres humanos viven el sentido de sus vidas.

El cuidado es caracterizado por Heidegger (1997) llamado por muchos como el filósofo del cuidado, como elemento intrínseco al ser humano, es decir, “reconoce que el ser humano es cuidado, y en esta perspectiva, el cuidado puede ser caracterizado como fenómeno vital en la construcción ontológica y epistemológica del desarrollo humano”. Al reconocer que el ser humano es cuidado, Heidegger nos dice que en el cuidado asistencial se evidencia el mecanicismo, el materialismo y nos llama a reflexionar sobre la dimensión cósmica, intersubjetiva y espiritual del cuidado.

Es así que, Martín Heidegger, a partir de la óptica del cuidado de enfermería, contribuye a aclarar y rescatar la idea del ser, lo cual permite comprender la esencia de las experiencias.

En este mismo enfoque, las concepciones sobre el ser humano y la vida humana de la filosofía hermenéutica comprensiva de Dilthey (1944), citado por Rivera, María de la Universidad Federal de Santa Catarina, en su ensayo *Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería*, y la fenomenología de Heidegger, nos manifiesta que se identifica la experiencia como un proceso activo, que lleva a que los seres vivos transformen y se adapten al ambiente, Dilthey con su propuesta plantea la “comprensión” como la objetivación de la vida, dando las bases para el estatuto epistemológico de la hermenéutica, desde una visión metodológica. Rivera nos dice que el aporte de estos filósofos nos lleva a la definición de cuidado

comprensivo de enfermería, esto lo consideramos pertinente ya que se estuvo en busca de comprender el significado del cuidado en la práctica hospitalaria en un servicio de cirugía. Estas bases filosóficas nos la presentan así:

Desde el análisis de ambas perspectivas, se proponen algunos atributos y características de lo que podría denominarse cuidado comprensivo de enfermería. Se descubre su naturaleza de proceso relacional que comprende la experiencia a través del diálogo que permite la expresión de la vivencia de ambos participantes en el proceso: enfermera y usuario. Lo que se comprende son los significados que las personas atribuyen a sus experiencias y vivencias en salud. La actual experiencia evoca, contiene y construye estos significados que se encuentran velados a la conciencia y es a través de la relación que la enfermera ayuda a expresarlos. El cuidado comprensivo dinamiza este proceso y estimula la movilización del sujeto desde la parálisis que provoca la condición desfavorable de salud, hacia acciones que abren nuevas posibilidades para la salud. (Rivera, et al. 2006)

Jean Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial–fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo

En la elaboración de su teoría del cuidado humano Jean Watson (2006) construye conceptos con base ontológica, ética y epistemológica; confirma que el cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación. “La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad”.

Marriner Tomey (2007), nos presenta estos conceptos en los cuales Watson fundamenta su teoría:

1. Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

2. Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.

3. Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:

- Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente.
- Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud, dándose así, el momento de cuidado, que es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado, y que tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

El comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos desarrollados por esta teórica permite, desarrollar los aspectos espirituales y energéticos de los cuidados, conscientes e intencionales, por lo tanto, que las enfermeras demos un sentido más humano y consistente a enfermería y considerarla como una *ciencia humana*. Por esto la teoría de Jean Watson es útil, ya que permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-práctica que revitaliza aspectos perdidos en esta época en que la humanidad necesita de cuidados humanos, tendientes a reconsiderar la imperiosa necesidad de humanizar la salud.

Leonardo Boff (1999) resalta la importancia del cuidado en el rescate de lo humano, de la ética básica, nos dice que implica una ciencia con conciencia, dirigida hacia la vida, situación por la cual los significados que da el profesional de enfermería logran trascender entre otros

Francesc Torralba (1998) en “Antropología del cuidar”, una antropología filosófica, dice que en el mundo de la asistencia no se debe perder de vista la totalidad del ser cuidado, o sea que nos habla del holismo de las personas, lo cual lo ha de tener en cuenta tanto la cuidadora como el que recibe el cuidado, evidenciado en los slogans de las instituciones de salud, del Ministerio de Salud, en que dice que el personal son “personas que cuidan a personas”.

La enfermería en el ámbito filosófico, se encuentra estrechamente relacionada con aspectos epistemológicos. La epistemología como ciencia del desarrollo del conocimiento proporciona herramientas para abordar el significado o significados, entendido este como uno de los conceptos del dominio de la práctica de enfermería, en la relación sujeto-objeto y los aspectos ontológicos sobre lo que es, es decir el

modo de ser y de existir, en este caso en el cuidado de enfermería. La filosofía, la epistemología y la fenomenología le sirven de marco de referencia a la enfermería, para acercarse a nuevos horizontes, permitiéndole asumir posturas más profundas con relación a la esencia de las experiencias en el cuidado del otro.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Investigaciones sobre el cuidado de enfermería, hay gran número, pero en cuanto a representaciones sociales sobre el mismo, hay pocos, a nivel nacional, menos que a nivel internacional. La investigadora considera los siguientes estudios como antecedentes como una base para la investigación ya que al abordarlos sirvieron de guía y orientación por la similitud en el tipo de investigación, como por el objetivo perseguido y que tiene que ver con los significados que le otorgan las enfermeras al cuidado de enfermería en la práctica del mismo. Así, se tiene:

A nivel nacional:

Amaro Proa, Consuelo, en su investigación: Significado del cuidado de Enfermería en las Enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Es Salud. Lima, 2004. Se planteó como objetivo principal: explicar el significado de “cuidado de enfermería” en las enfermeras del mencionado nosocomio; siendo el propósito, reconocer la necesidad de homogenizar los conceptos concernientes a la naturaleza de la profesión, generar espacios de reflexión y estimular discusiones al respecto, en las entidades asistenciales, formadoras, entre otros, que permitan llegar a consensos.

El diseño metodológico fue de carácter cualitativo, estando la población constituida por 20 enfermeras asistenciales de los servicios de Cirugía

4º “B” y Ginecología 7º “A” utilizándose como instrumento una guía de entrevistas, como técnica la entrevista a profundidad y para registrar las expresiones vertidas por la enfermera. Entre las consideraciones finales más relevantes de esta investigación se evidencian las siguientes: El significado del “cuidado de enfermería” está orientado fundamentalmente a la “satisfacción de las necesidades del paciente”; mas en su contenido no se evidencian términos que permitan identificar a la profesión de enfermería y el fundamento de éste como la esencia de enfermería donde a la vez varía en las concepciones de las enfermeras cuando estas asumen diferentes escenarios; sea como proveedora del cuidado, como miembro del equipo de salud o como receptora del cuidado.

Vera Mendoza, Martha (2011) en su investigación: Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Una retribución de la familia y de la sociedad evidenciada por la representación social, tuvo como objetivo: Comprender el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” tiene para el adulto mayor y para su familia. Diseño: Estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales Utilizó en la metodología las técnicas e instrumentos: observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas norteadoras, previamente validados. Principales medidas de resultados: Significado de calidad de vida para el adulto mayor y para la familia. Resultados: Participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006. Los discursos a través de la “objetivación” y el “anclaje” y los análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales:

a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Conclusiones: Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda. Este estudio, es de relevancia para el presente proyecto, por el diseño y la metodología utilizada, lo cual sirvió como guía en el desarrollo de la investigación.

A nivel internacional:

Francisco Javier Báez-Hernández, Vianet Nava-Navarro, Leticia Ramos-Cedeño, Ofelia M. Medina-López, México, 2008, realizaron la investigación: El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería, fue un estudio cualitativo de tipo descriptivo interpretativo, realizado con el propósito de comprender cómo representan los profesionales de enfermería su quehacer profesional. Método: se realizó, un muestreo teórico. Los participantes del estudio fueron profesionales de enfermería, un hombre y seis mujeres, con un promedio de edad de 30 años. Los datos se recolectaron a través de diario de campo y siete entrevistas semi-estructuradas aplicadas de manera individual y a profundidad, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad; se realizaron tablas y esquemas de codificación abierta y axial que sirvieron para el análisis de los datos, mediante el marco interpretativo de las representaciones sociales de Moscovici, que contempla cuatro dimensiones: información, imagen, actitud y opinión. Los resultados fueron: En el análisis de contenido se

encontraron seis categorías periféricas que forman el significado de cuidado que se define como el conjunto de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza el profesional de enfermería con la persona hospitalizada, concluyendo en que: El significado de cuidado en el profesional de enfermería se construye a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto

Daza de Caballero, Rosita y Medina, Luz Estela. autoras de la investigación: Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa fe de Bogotá, año 2006. Este trabajo tuvo como objetivo describir e interpretar el significado sobre el cuidado de Enfermería, que tienen los profesionales de una institución de tercer nivel de atención. Se utilizó un método cualitativo de tipo fenomenológico, con una unidad de análisis de 75 profesionales, quienes participaron voluntariamente. Llegando a las siguientes conclusiones: Los profesionales asumen la enfermería, como profesión la cual exige una formación basada en conocimientos y habilidades técnico-científicas. No se encuentra un concepto único de cuidado. Una tendencia está orientada hacia la búsqueda de bienestar y otra hacia la resolución de problemas. El cuidado se centra en el proceso de enfermería.

Vila, Vanessa da Silva Carvalho (Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Católica de Goiás), 2004, en su investigación: Significado cultural del cuidado humanizado en la unidad de terapia intensiva: mucho se habla y poco se vive, año

2002. Este trabajo es un estudio etnográfico que tuvo como objetivo comprender el significado cultural del cuidado humanizado en la perspectiva del equipo de enfermería que actúa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Clínicas de la Universidad Federal de Goiás. Brasil. Para la recolección de los datos fueron realizadas observaciones participantes y entrevistas semi-estructuradas con enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería en su ambiente de trabajo. Con el análisis de los datos, emergieron tres categorías principales, que dieron sentido al significado del cuidado humanizado en la UCI: Cuidado humanizado -- amar al prójimo como a sí mismo; Cuidado humanizado -- no está presente como debería estar; estrés y sufrimiento -- es necesario cuidar de quien cuida. El tema cultural fue: el cuidado humanizado -- "mucho se habla y poco se vive" Este tema muestra la realidad del proceso de cuidar en terapia intensiva, comprometiendo un equipo de enfermeros que tiene un concepto de humanización sintetizado en la expresión "amar al prójimo como a sí mismo", pero que en la práctica, no revela este pensamiento tan profundo. Aunque en este estudio la población tomada incluye a técnicos y auxiliares, considero importante tenerla como referente, por guardar estrecha relación con el objetivo planteado en este estudio.

Zuila María de Figueiredo Carvalho, Antonio José Núñez Hernández, Francisco Vicente Mulet Falcó y otros realizaron la investigación: El significado de cuidado para los enfermeros que cuidan de personas con lesión medular, año 2007. El estudio tuvo como objetivo comprender el significado de cuidado para los enfermeros que cuidan de personas con lesión medular hospitalizadas. Es una investigación cualitativa, por medio de entrevista estructurada, después de la firma del término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Tuvo como cuestión: ¿Qué es cuidado? Los discursos desvelaron tres categorías temáticas: Cuidado: acciones desarrolladas con vistas a la

atención de las necesidades humanas básicas; Cuidado: acciones educativas y Cuidado actitudes y comportamientos de cuidar. El estudio apunta muchas convergencias en los significados de cuidados para los enfermeros implicados. Concluyeron en que los enfermeros entienden el cuidado como un importante componente en el proceso de cuidar. Hecho este percibido como la habilidad de los enfermeros en captar la importancia subjetiva de la persona. Relacionarse por medio del cuidado transpersonal exige de la enfermera la capacidad de unirse, experimentar e imaginar el sentimiento del paciente. De esta forma entendemos que el cuidado transpersonal forma parte de la relación de cuidar de estos enfermeros.

Muñoz Hernández, Yolanda; Coral Ibarra, Rosa; Moreno Prieto, Dayana; Pinilla Pinto, Diana; Suárez Rodríguez, Yaneth, en su investigación: Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. Bogotá Colombia, 2009. El objetivo fue conocer el significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, para que a través de sus directivos, docentes y estudiantes se unifique para conceptualizarlo y asumirlo. Se realizó un estudio fenomenológico dentro de un diseño cualitativo mediante la aplicación de una guía de observación estructurada y una entrevista a profundidad, a cinco egresadas de la Facultad de Enfermería que laboran en el área clínica del Hospital de San José. Las entrevistas fueron grabadas, luego transcritas y clasificadas en categorías de análisis mediante unidades de significación. Pudo concluirse que el cuidado humanizado significa una atención integral teniendo muy en cuenta la parte humana del paciente, afirman que debe brindarse independiente de que la persona esté sana o enferma y además consideran que es sentir sin involucrarse con el enfermo, permitir la expresión de sentimientos de la persona a quien se cuida y respetar su entorno familiar y personal.

Barbosa de Pinho Leandro y Azevedo dos Santos, Silvia María desarrollaron la investigación: Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos 2006, este estudio tuvo como objetivo conocer los significados y las percepciones del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, según la óptica de enfermeros, pacientes y familiares que les acompañan. Se trató de una investigación cualitativa y utilizaron entrevistas parcialmente estructuradas hechas con siete enfermeros, cuatro familiares y un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos de un hospital universitario de la provincia de Santa Catarina, Brasil, llegaron a las siguientes conclusiones: Los relatos de enfermeros y familiares tienen una definición interesante sobre el cuidado implementado en la UCI. Para los enfermeros, es importante que se piense en un cuidado integral, con base en la atención centrada en las demandas de los sujetos en su complejidad biopsicosocial, en relación al discurso de los familiares y del paciente, se concluye que da razón a sus necesidades psico-emocionales durante el proceso de internamiento en la UCI. También parecen levantar una dimensión práctica de la realidad institucional de cuidados, cuando se aproxima y complementa el discurso de los enfermeros que trabajan en la unidad. Percibieron que la UCI puede servir como escenario de inquietudes e inseguridades para pacientes y familiares, así como un espacio de redimensionamiento de las habilidades personales para que los enfermeros puedan lidiar mejor y de una manera más humanizada con las cargas del sufrimiento generado por la condición de enfermedad grave. Lograron entender que el cuidado en la UCI, parece venir contemplando una espiral en que se mezclan demandas, expectativas y posibilidades, lo que promueve la transformación constante del contexto asistencial, de las personas que en él trabajan y de las personas cuidadas en la unidad.

2.3. BASES TEÓRICAS

Es este apartado se va a abordar, algunos aspectos que tienen que ver con el significado del cuidado, de la enfermería como profesión, haciendo especial hincapié en el cuidado, en la evolución que ha experimentado su práctica., en la relación de ayuda, así como las teorías que lo sustentan, principalmente la teoría de Jean Watson. Para efectos de lograr la representación social del cuidado de enfermería se abordará la teoría de Serge Moscovici.

2.3.1. La profesión de enfermería

La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser.

Fernández (2001) afirma que “las profesiones son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado”. Este autor enuncia como elementos que hacen de una ocupación una profesión: 1) la formación educativa de alto nivel, 2) la estructura organizativa, 3) la vinculación con las estructuras de poder, 4) el estatus, 5) la actualización continua y 6) la búsqueda de autonomía. Con esto nos quiere decir que en el contexto actual, de globalización, los servicios profesionales están condicionando un nuevo modelo de profesiones para el siglo XXI, las cuales asumirán nuevos elementos que respondan a esa sociedad que cambia día a día, siendo de importancia, los cambios curriculares en la formación, la educación continua, con la certificación, acreditación,

manteniendo el estatus que es importante para el éxito, prestigio y autoridad profesional.

Simas R. (2008) apunta como elementos distintivos de las profesiones: 1) la autonomía, 2) la pericia profesional, 3) el control de la práctica y de la profesión, este autor es citado por Larbán Vera (2009) en “Ser cuidador; el ejercicio de cuidar” con respecto a las características de la profesión de enfermería, en el cuidar, donde la empatía e intersubjetividad son los elementos principales. Características que coinciden en lo sustancial con las propuestas de organismos de prestigio como el Coles Nursing Británico y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Es decir, que la enfermería como profesión hay que analizarla desde dos perspectivas; la primera, los cuidados de salud de las personas, como centro de interés y dominio disciplinar y, la segunda, desde el estudio de su práctica, y los aspectos que han influido en ella, reflexionan sobre la integración del rol en la práctica y afirman que: “ninguna profesión logra su auténtico desarrollo si no documenta su actividad y profundiza en el conocimiento científico”. (Francisco del Rey, 2008)

Diferentes autores plantean la función enfermera desde la dimensión ética de su práctica, Torralba y Roselló, (2002), cita a Alberdi, (1988) quien dice que: En el reconocimiento de la asunción de los cuidados de salud está la función social de la enfermería; menciona a Hall (1979) quien, siendo responsable de Enfermería de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, apuntaba que “la disciplina que conocemos como enfermería es el resultado de la evolución dentro de la sociedad de una actividad humana fundamental: la actividad de cuidar”. En esta misma línea, cita a Henderson (1994) quien describe la enfermería como “una actividad social mundial”, y

dice: “la sociedad quiere y espera de nosotros un servicio propio de Enfermería”, y es el cuidado enfermero el servicio propio que las enfermeras aportan a la sociedad. Marriner (2003) cita a King (1984) quien manifiesta: “las enfermeras proporcionan un servicio esencial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos, y les proporcionan cuidados cuando están enfermos”.

Adam (1982), afirma que “la enfermería es un servicio valioso y generalmente considerado importante por la mayoría de las sociedades”, aunque a renglón seguido reflexiona sobre la “*función independiente*” de la enfermería, que debe entenderse como su aportación específica, que no está clara para el público en general ni para las propias enfermeras.

Feito (2005), afirma que “la Enfermería, como la Medicina, es una práctica moral”, por estar íntimamente relacionados con la esencia de la persona. En la misma línea, nos dice, se sitúa Gándara (2008) cuando afirma que “el cuidado de enfermería es una actividad humana que comporta en una dimensión ética que se revela en la intención del cuidado”. A pesar de estas identificaciones en las que tan claramente se relacionan los cuidados y la enfermería, coincidimos con las visiones de Colliere (1981) y Adam (1982) que ponen de manifiesto la existencia de dificultades para describir con claridad y de manera homogénea el significado y la naturaleza de los cuidados enfermeros. En el análisis que se desarrollará nos permitirá dejar sentado el significado de la profesión enfermería para las enfermeras en estudio.

2.3.2. El cuidado y la enfermería

La enfermería, a través del tiempo y las épocas se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidado al paciente. Es por esto que el profesional de la salud debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera.

Una interpretación de la obra teórica de Watson (1998) que se basa en concepciones filosóficas existenciales y fenomenológicas, y que da cuenta de una influencia espiritual y ecológica fundamenta el cuidado como una forma de habitar en el mundo, en la que el cuidador profesional se convierte en instrumento terapéutico. Esta relación intersubjetiva, interpersonal y transpersonal en el quehacer cotidiano de enfermería, donde cada acción tiene un efecto, impone además, una responsabilidad, que es también entendida como una respuesta de profundo contenido ético en esa interrelación.

El cuidado de enfermería involucra la diversidad, la universalidad y la individualidad, aspectos que se deben tener en cuenta al ofrecer el cuidado en todos los niveles de atención. Con frecuencia las enfermeras se encuentran en situaciones en las que las experiencias de salud y enfermedad de las personas requieren comprensión e interpretación, esto es, en la práctica. Heidegger (1997), señala la importancia de no perder la vivencia en el proceso de objetivación y de la misma forma recalca cómo a través del arte se puede encontrar la experiencia, pues el arte coloca al descubierto la experiencia, es decir permite acceder a la vida del hombre. De allí que la persona es la única que puede elaborar significados sobre las experiencias en los fenómenos de salud, enfermedad, vida y muerte.

Aunque el cuidado haya sido y siga siendo visto desde diferentes perspectivas, por teóricos y filósofos, este continúa siendo la esencia de la enfermería, la cual, como veremos más adelante, ha evolucionado conjuntamente con la historia de la humanidad y su cuidado.

El concepto de cuidado se construye con el conocimiento científico y empírico del profesional, en el cual hay influencia externa e interna (cultura, creencias) de cada persona que cuida y de la que es cuidada, de allí que el cuidado es una acción que se concreta a partir de relaciones, esto es lo que estamos llamando en este estudio la interrelación entre dos personas, entre dos seres humanos: enfermera-paciente.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados. Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado. Cuidado va más allá de la palabra ayuda, cuidado es asistir, cuidar, conservar, es preocupación, es responder por algo y tener una base o un ¿por qué? Para ello, según Colliere, (1993) “cuidar es, ante todo, un acto de vida, es el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca”, lo contrario pasa con el término ayuda que no es más, que prestar colaboración, auxiliar, socorrer, colocar los medios para el logro de un objetivo. Se aclara esta

diferencia en vista que en algunas oportunidades se limita la enfermería y no se da el verdadero sentido de la misma, y es necesario tener claro que la enfermería y su esencia: el cuidado, trasciende en el individuo y en la sociedad.

Torralba (2005), nos presenta las siete tesis de la esencia del cuidar:

1. El escrupuloso respeto de la autonomía del otro.
2. El conocimiento y la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado.
3. El análisis de sus necesidades.
4. La capacidad de anticipación.
5. El respeto y promoción de la identidad del sujeto cuidado.
6. El auto-cuidado como garantía de un cuidado correcto.
7. La vinculación empática con la vulnerabilidad del otro.

Consideramos pertinente para este estudio tomar preferentemente dos de sus tesis, sin desmerecer que las restantes son vitales en el cuidado y la enfermería:

Primera tesis:

Cuidar es velar por la autonomía del otro

Cuidar del otro significa, ante todo, velar por su autonomía, esto es, por su ley propia. El ejercicio de cuidar no debe ser interpretado como una forma de colonización del otro, y menos aún como un modo de vulnerar la ley propia del otro, sino todo lo contrario. Cuando uno se dispone a cuidar correctamente del otro, trata de hacer todo lo posible para que ese otro pueda vivir y expresarse conforme a su ley, aunque esta ley no coincida necesariamente con la del cuidador [...] El cuidar no es una práctica judicial, sino una práctica de acompañamiento. El cuidado no tiene como objetivo conducir al sujeto cuidado a sus horizontes, sino ayudarlo a llegar adonde él quiere llegar. Con todo, el cuidador no es un sujeto puramente pasivo, sino que, en tanto que ser racional, puede exponer su punto de vista sobre dicho horizonte, pero no puede, sin más, arrastrar al sujeto cuidado a su horizonte personal

Sexta tesis:**La práctica del cuidar exige el auto-cuidado**

Sólo es posible cuidar correctamente del otro si el agente que cuida se siente debidamente cuidado. El auto-cuidado es la condición de posibilidad del cuidado del otro. [...] El auto-cuidado es, ante todo, una responsabilidad del cuidador. Debe velar por su cuerpo y por su alma, por su equilibrio emocional y por la salud de su vida mental. Pero el cuidado del profesional no sólo es una exigencia para el profesional, sino también para la institución y para el sistema. Las instituciones inteligentes tienen cuidado de sus profesionales de ayuda, porque se sabe que el profesional es la fuerza motriz de la organización y que, cuando éste falla o se quiebra, la institución entra en crisis. De ahí la necesidad de proteger, cuidar y velar por la salud física, psíquica, social y espiritual del agente cuidador. (Torralba, 2005)

Es importante mencionar a Boff, L. (2005), quien dice que el cuidado constituye un modo de ser, el cuidar, significa solicitud, preocupación por el estar con los demás. El cuidar es un proceso que abarca el desarrollo; cuidar es ayudar a crecer, a realizarse y, para eso, existe un patrón común; al cuidar se experimenta al otro ser, considerando sus capacidades y necesidades de crecimiento. En el proceso de ayudar al otro a crecer, permanece la idea de que ese ser llegue a cuidar también de algo o de alguien, así como de sí mismo.

Todo cuidado ofrecido en los diferentes escenarios de servicio debe ser dirigido a satisfacer las necesidades de las personas ya sea que estén en salud o enfermedad. Es por esto que la enfermera debe aplicar diferentes disciplinas en el cuidado, visualizando a la persona como un ser integral, biológico, psicológico, sociológico, espiritual, un ser holístico.

2.3.3. Evolución del cuidado

Hablar de enfermería es hacer referencia al cuidado, así como lo señala Rodríguez, Yolanda (2006); “su práctica está centrada en el cuidado humano”, además de todas las teorizantes que también lo afirman. Esta práctica, se puede retomar a la prehistoria, cuando el hombre en su evolución proporcionaba cuidados a sus hijos y los protegían de las bestias y los alimentaban en su dependencia, con lo que obtenían a través de la caza.

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico. Por este motivo, en este estudio se trata de resaltar los hechos que han determinado los distintos estilos de cuidar desde el inicio de la civilización hasta nuestros días. Para ello se han tomado como referente las cuatro etapas descritas por Collière en su libro Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería (Collière, 1993). Estas cuatro etapas: doméstica, vocacional, técnica y profesional, no tienen límites temporales definidos, pero sí se corresponden con distintos períodos de la evolución sociocultural en el mundo occidental y con cuatro concepciones distintas del cuidado.

La primera de estas etapas, denominada **«etapa doméstica del cuidado»** por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, se desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano. La **«etapa vocacional del cuidado»**, segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, momento en que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor

religioso, hasta el final de la Edad Moderna. La tercera etapa, **«etapa técnica del cuidado»**, que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico. Finalmente, la **«etapa profesional del cuidado»**, en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días

Como se puede apreciar el cuidado a través de la historia ha tenido diferentes modificaciones en cuanto a su conceptualización, interpretación y aplicación en la práctica, es prioritario conocer si se ha interiorizado en los profesionales de enfermería para brindarlo de manera integral y humanizada. Cabe destacar que cada acción, llámese procedimiento, manejo de protocolo o de equipos de alta tecnología, desarrollo de habilidades, destrezas y aplicación de conocimientos científicos, se lleva a cabo en el ejercicio profesional sin desconocer que se está trabajando con personas que merecen y necesitan afecto, amor, dedicación, comprensión y muchas otras características que implican brindar cuidado humanizado

Vemos, entonces, que a través de los tiempos, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo ha hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión, sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado, como se

mencionó anteriormente, debido a que esta actividad ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han existido personas capaces de valerse por sí mismas y otras que no, siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas, y en el futuro a pesar de toda la tecnología y los reemplazos para la mejora del hombre, nunca se inventará nada que supla esta gran labor de cuidar y demostrar amor. Cabe señalar, que desde la creación del mundo, desde el punto de vista divino, este cuidado y proporción de amor siempre se ha presentado como el demostrado por Dios a su pueblo a lo largo de la Historia de la Salvación.

Desde tiempos remotos hasta Nightingale que transformó la concepción de la enfermería en Europa y estableció las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida, está fundamentada por lo que nos dice Rodríguez, Yolanda (2006):

“[...] la modernización de enfermería ha pasado por diferentes fases en el proceso de profesionalización, hasta consolidarse como una disciplina que demanda la formación superior; es así como surgen las escuelas de Enfermería que van a formar Licenciadas (os) en Enfermería y ofertan programas de Maestrías y Doctorado, demostrando la consolidación académica de la Enfermería”. (Rodríguez, 2006)

Este es un hecho de gran importancia ya que favorece el desarrollo de la profesión, lo cual también implica un compromiso ético de brindar un cuidado de calidad: humanizado y para lograrlo haremos uso de la epistemología, de las teorías de la administración, de los valores, del liderazgo, de la docencia, de la investigación, entre otros.

Es por ello que es necesario una mirada retro y prospectiva en el estudio de los núcleos disciplinarios básicos (persona, entorno, salud,

cuidado), los elementos conceptuales, filosóficos, y los principios que han orientado a la profesión desde las épocas de Florence Nightingale los cuales han sido, son hoy y serán esenciales para la comprensión de la naturaleza de los cuidados enfermeros, con el propósito de descubrir la riqueza de un pensamiento no reconocido aun en los servicios de salud y por las mismas enfermeras (Kérrouac, 1996).

Desde esta perspectiva se trata de desarrollar un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

La práctica de enfermería en este contexto actual, sugiere la creación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado hacia lo que se realiza con la persona o en nombre de ella, más que lo que se hace a la persona (técnicas) o para ella (por ejemplo, dar un medicamento). Ello plantea la necesidad de un cuidado personalizado, basado en la experiencia particular de salud.

Entonces el cuidado enfermero se convierte en específico, individual y contextual, así lo menciona Francisco del Rey (2008) en su tesis doctoral: “De la práctica de enfermería a la teoría enfermera”, aquí cita a Zárate (2004) quien plantea que:

Los cuidados enfermeros se producen en una situación marcada por las interacciones que se producen entre la persona y la enfermera, por lo que las acciones de cuidados adquieren formas polivalentes, flexibles e interdisciplinarias,

en las que son fundamentales la formación y los conocimientos de los profesionales, manifestados en las competencias y habilidades, y también las actitudes y valores profesionales. (Zárate 2004 pp. 42-46).

Ante la diversidad de instituciones formadoras, diferencias en las personas formadas en esta disciplina, nuestra realidad pluricultural peruana, entre otros, no podemos considerar una práctica universal de la enfermería, pero sí ofrecer una metodología para descubrir y entrar en el significado situado del cuidado enfermero. Esto, permite afirmar que para cubrir las múltiples y diversas necesidades de cuidados de enfermería se ha de conseguir el análisis crítico de las ideas, su organización sistemática y su validación en la práctica. De esta manera, la práctica enfermera se convierte en objetiva e informada en vez de estar basada en la intuición, como en tiempos pasados.

En la cotidianidad del quehacer de la enfermera, lo que debemos rescatar es que toda situación de cuidados es una situación antropológica, atendiendo lo que dice Amezcua (2000) en el sentido de estar atento a la realidad humana de la persona doliente, atenta a todos sus códigos, físicos, cognitivos, emocionales, sociales y espirituales, en el momento de prestar cuidados enfermeros.

2.3.4. Teoría que fundamenta la humanización del cuidado

Últimamente, en el ámbito de enfermería, se ha publicado una múltiple y variada literatura sobre filosofía, teorías y modelos porque la disciplina está tomando más fuerza y visibilidad en el tema de los cuidados y su gestión, ejes centrales de los discursos actuales de enfermería. El cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, sin embargo enfermería, como profesión sanitaria, es la que destina más esfuerzo, tiempo y dedicación a los

cuidados, ya que su práctica va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona.

Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; el compromiso profesional y la ética nos exige desarrollar el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, consideramos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Nos exigimos además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.

El presente estudio tomará como fundamento la *Teoría del Cuidado humano*, fundamentalmente, porque su autora, Jean Watson, plantea que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la física, social, emocional- psicológica y la espiritual.

Jean Watson (1988) desde la *Teoría del cuidado humano* plantea un verdadero reto para la enfermera. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas basándose en conceptos como el *desarrollo de la relación transpersonal*. Watson concibe a la enfermería como la disciplina que brinda cuidado tanto en el mantenimiento o recuperación de la salud como en el de finalización de la vida, apoya la idea que los pacientes requieren de cuidados holísticos que promuevan el humanismo y la calidad de vida y ve en el

cuidado un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal.

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado de las personas, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, ella sostiene que se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.

5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Para Jean Watson, la práctica de la enfermería se aposenta en diez factores de cuidados que ayudan a las personas en sus reacciones y respuestas frente a una situación o problema de salud y que desarrollan Marriner y Raile (2007). Estos Factores curativos de la ciencia del cuidado, son:

1. Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.
2. Inculcación de la fe, esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a auto actualización a través de auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el auto cuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intra-personales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.
10. Permisión de fuerzas existenciales, fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la

responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y ha de facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Se identifica, además que en los tres primeros factores del cuidado está la base “filosófica” de esta teoría, en la que considera a la persona como "un ser en el mundo", la misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta.

Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1. El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras (os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la

profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores, Watson, elaboró su teoría y definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

- **Salud:** tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- **Persona:** reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente. Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal entre la persona que cuida y la persona cuidada, de allí que los profesionales de enfermería al interactuar con la persona que se

encuentra enferma, deben priorizar en sus acciones los valores, respetando sus sentimientos y comprometiéndose con el bienestar de quien recibe el cuidado. Con eso pueden establecer una relación más auténtica, *siendo con la otra persona*, buscando nuevos significados a partir de lo que es vivenciado por la persona que se encuentra enferma, esto es que la interrelación sea de persona a persona, teniendo en cuenta sus dimensiones física, cognitiva o intelectual, emotiva, social y espiritual, o sea, holística.

- **Entorno:** espacio de la curación, Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado). Al ser considerado, el cuidado, como intersubjetivo responde a procesos de salud y enfermedad, interaccionando personas con el medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación.
- **Enfermería:** Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos

sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales, esto se sustenta en lo que dice Watson (1998): “la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto-curación

Esta teoría nos ofrece los fundamentos para el ejercicio de nuestro propio rol, nos plantea cuestiones sobre la naturaleza de los saberes fundamentales y los conceptos que deberían ser la matriz para poder ofrecer cuidados enfermeros profesionales y nos invita a aproximarnos a los cuidados con una visión centrada en la salud en la cual la dimensión biológica, psicológica, social, cultural y el entorno de la persona es tomada en cuenta en sus interacciones. En definitiva, las prácticas profesionales permiten ofrecer cuidados globales a la población y nos invita a centrarnos en las respuestas y reacciones específicas de la persona cuando ésta es confrontada a un problema de salud o a una crisis de desarrollo y a ofrecer estrategias únicas e individualizadas a las situaciones de estrés.

Según ella esto no se puede hacer desde las normas universales ni desde los principios generales. Esta autora publica la conocida *Teoría del Cuidado Transpersonal*, donde aboga por una ética enfermera basada en el cuidado y no en normas generales o universales, y contextualiza la realidad en las situaciones vividas por las personas en el momento del cuidado. Momento del cuidado es uno de los conceptos que junto con: Interacción enfermera- paciente, campo fenomenológico, relación trans-personal de cuidado, están emergiendo por la naturaleza abstracta de los conceptos.

Considero de importancia dar una mirada a estos conceptos y tratar de internalizarlos para comprender mejor el significado del cuidado:

a) Interacción enfermera- paciente

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.

El cuidado, al ser considerado como intersubjetivo responde a procesos de salud y enfermedad, interaccionando personas con el medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación. Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal entre la persona que cuida y la persona cuidada.

Campo fenomenológico

El cuidado se inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona,

realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

b) Relación de cuidado transpersonal

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos, el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una

búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson nos sensibiliza hacia el apego a la vida humana en una forma integral, holística, haciendo énfasis en la dimensión tan dejada de lado: la espiritual y acerca de la riqueza del cuidado en cuanto a desarrollo personal mutuo y profesional en el cuidador enfermero.

c) Momento de cuidado

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana -a-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la

enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente, permitiendo por lo tanto el autoconocimiento de sí mismo.

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas reflexiones de Jean Watson, nos comprometen a dar un espacio en este marco a la relación enfermera-paciente.

2.3.5. Relación enfermera paciente

La investigadora en su experiencia como enfermera asistencial, más que en la docencia ha podido establecer que la relación de ayuda en forma empática permite que el cuidado sea significativo tanto para el que lo recibe como para el que lo brinda, es esa relación la que le ha permitido crecer personal y profesionalmente y sentir satisfacción de ser enfermera, todo esto, basada en los conocimientos adquiridos, desde sus inicios como profesional, en modelos y teorías que dan sustento a su quehacer, como a Hildegarde Peplau (1990), con su teoría psicodinámica, que es un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.

Peplau define la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las

relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia “

Para Peplau la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad.

Define salud, como palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria

La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes entornos: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades.

Este modelo, orienta la práctica de enfermería a través de la interrelación personal; se trata de actuar en lugar de la persona o paciente, actuar orientándole, manteniendo y mejorando su estado físico y psíquico, actuando mediante la educación sanitaria, etc.

La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza el máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones.

La dinámica que hace progresar la actividad es la capacidad de los sujetos (tanto enfermera como paciente) para poder establecer relaciones interpersonales aprender y desarrollarse.

El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal.

Peplau, describe cuatro fases en la relación enfermera paciente:

1. Orientación: En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.
2. Identificación: El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarle. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades
3. Explotación: El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.
4. Resolución: Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

En la relación de enfermería con el paciente, Peplau llega a describir seis funciones diferentes a desarrollar:

1. Papel del extraño: El enfermero es, en primera instancia, para el paciente, un extraño. Es necesario establecer con el paciente una relación aceptándolo tal y como es, sin juicios de valor sobre su persona. En esta fase la relación enfermero – paciente no está aún personalizada, y se correspondería con la identificación.

2. Papel de persona-recurso: La enfermera da respuestas específicas a las preguntas del paciente en lo relativo a su salud, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades intelectuales del paciente.
3. Papel docente: La autora habla de dos categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia).
4. Papel conductor: El profesional de enfermería ayuda al paciente, enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa.
5. Papel de sustituto: El profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien. Posteriormente es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto que hay que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.
6. Papel de consejero: es el papel que Peplau le da mayor importancia en la enfermería psiquiátrica. El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.(Marriner, 2007)

Hildegarde Peplau, nos brinda un modelo de interacción donde enfermera- paciente unidos pueden aprender y crecer personalmente,

esto lo corrobora Watson y otras teóricas que guían la práctica del cuidado enfermero.

La relación de ayuda es una de las funciones principales de los cuidados de enfermería, en todos los ámbitos, tanto en situaciones de salud como en enfermedad, intentando durante éstas, hacer surgir de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresiones que hay dentro de cada persona interviniente, dicho en otras palabras: con la relación enfermera- paciente, considerada relación de ayuda, se pretende ayudar a la persona a utilizar sus propios recursos para afrontar los propios problemas, sin caer en paternalismos ni autoritarismos.

La enfermera necesitará reflexionar sobre él por qué no les es fácil entablar esta relación de ayuda, por qué no se produce la comunicación entre ella y el paciente. Una posible ayuda al personal de enfermería en momentos de defectuosa comunicación, es que esté consciente del "factor de disposición favorable".

El factor de disposición favorable deberá implicar una receptividad por parte de la persona que narra, escribe, habla o escucha. Sin esto, la comunicación es imposible, no puede haber intercambio ni significación ni entendimiento. Y con mucha frecuencia, el personal de enfermería puede estar listo y ser capaz de comunicarse o de escuchar cuando la otra persona o el paciente no son capaces de responder, cuando está dispuesta a buscar con afán una conversación a fondo y el enfermo no.

Es importante recordar, cuando se desarrollan barreras en la comunicación, que se considere el factor de disposición favorable y comprender que, si otra persona tiene éxito en donde se fracasa, el único aspecto esencial es que la comunicación ocurra. Alguien puede

tener éxito donde otros fracasen y viceversa. En enfermería, se entiende cada vez más, que la destreza en la comunicación es importante en el cuidado de la salud. (Tazón, 2000)

La relación cuidador-persona-cuidada se plantea sobre las necesidades del enfermo. Los desarrollos de la enfermería, como una ciencia eminentemente social, han surgido justamente de las interacciones personales entre enfermeras y pacientes; cada una de las teóricas de la disciplina enfermera ha trascendido esta relación por diversos intereses; así se ha mencionado lo que Jean Watson considera sobre esta relación transpersonal, afirmando que la relación enfermera-persona enferma o sana es una especie de vínculo que se establece entre dos o más seres humanos, que han determinado su mutuo acuerdo, e interdependencia: la enfermera, proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente que intentará proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, escuchará atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones del enfermo y de sus familiares sobre el problema de salud y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella, intentará ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo mucho mejor, convocando cuando considere necesaria la participación de otros profesionales; y por otro lado, el enfermo o persona sana, aquel que intenta colocar su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del profesional de la salud, en busca de mejores soluciones y alivio de su malestar, que espera ser escuchado, comprendido u orientado.

No se trata de una relación para obtener algo, sino de una relación más estrecha, humana, emocional, en esencia, una relación interpersonal. En esta relación, ambos, la enfermera, el enfermo o el sujeto sano se encuentran para tratar de enfrentar y solucionar en conjunto algo que

resulta de gran importancia para la persona sana o enferma, su salud. (Tazón 2000)

2.3.6. Principios éticos del cuidado

Los cuidados sirven para mejorar o perfeccionar las formas de vida de las personas durante su proceso vital, deben incluir actividades de asistencia, de apoyo o de facilitación para una persona, familia o comunidad con necesidades evidentes o previsibles.

Las conductas de cuidado pretenden garantizar una atención de calidad que propenda por el confort, la compasión, el afrontamiento, la empatía, la ayuda, el estar atento y propiciar cambios a favor del bienestar del otro, preservando su autonomía.

“La meta de enfermería en sí es brindar cuidado, pero esto no tiene sentido si no se comprende en esencia el significado de Cuidar” Rivera, N (2007) en: Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, propone una fundamentación filosófica de la ciencia del cuidado introduciendo conceptos como el de sensibilidad, empatía, fe o el tacto entre otros

Para brindar un cuidado de calidad con calidez se debe planificar las intervenciones haciendo uso de la ciencia y el arte de enfermería, las que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado y la bioética del cuidado.

La bioética del cuidado nos brinda principios universales de actuación, dentro de ellos tenemos: el principio de no Maleficencia, refiere que “Todos somos iguales y merecemos igual consideración y respeto al orden de la vida biológica” no se puede hacer el bien a otro en contra

de su voluntad, aunque si estamos obligados a no hacerle mal. El principio de Justicia, nos dice que debemos "tratar a todos por igual". El principio de Autonomía, visto como la "Capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción" y el principio de Beneficencia que supone "Lograr el mayor bien posible para todos", Sgreccia (1999), nos invita a tener presente estos principios en el quehacer de los profesionales de las ciencias de la salud.

El sistema de valores establecido dentro de la filosofía y teoría de los cuidados humanos, consta de valores asociados con un profundo respeto por el reconocimiento de la persona y la vida humana; son valores no paternalistas relacionados con la autonomía humana y su capacidad de elección. El énfasis se pone en ayudar a la persona a obtener más autoconocimiento, autocontrol y disponibilidad para su auto curación, independientemente de las condiciones externas de salud. Todos estos valores se fusionan en los factores de cuidados principales, que forman el cuadro conceptual para investigar y comprender los cuidados de enfermería.

Es imprescindible que la enfermera y todo el equipo tengan pleno conocimiento de los códigos de ética del Colegio profesional rector, así como conocimientos y práctica de: Ética, humanismo en Enfermería, principios éticos básicos, Código de ética en enfermería, dimensión ética de los cuidados de enfermería, valores, Bioética y Principios bioéticos, los derechos humanos, Derechos Humanos de los Pacientes, Derechos de las Enfermeras y los Enfermeros, Consentimiento Informado, Comité de bioética, Ética en la investigación, entre otros, ya que no es suficiente "hacer correctamente las cosas" sino que además se han de adquirir habilidades y conocimientos para "hacer las cosas correctas, correctamente." Las

enfermeras, como dispensadoras de cuidados han de identificar e investigar sobre los problemas reales y potenciales que afectan a sus pacientes y la mejor forma de solventarlos.

Como se ha visto en las bases filosóficas de cuidado, éste tiene hoy en día, una concepción filosófica, antropológica, psicológica, social y espiritual sin obviar la perspectiva biológica y transmite lo que Jean Watson dice, de que es un ideal moral de enfermería basada en la protección, mejora, preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad, conocimiento y compromiso para cuidar y para llevar a cabo acciones de cuidado, teniendo en cuenta las posibles consecuencias.

2.3.7. Imagen profesional de la enfermera

La imagen, definida por la Real Academia Española (2001), como el conjunto de rasgos que caracterizan a una persona o entidad ante la sociedad.

La palabra imagen procede del latín “imago”, es la representación de formas, percepciones y sentimientos de una persona y/o colectivo profesional.

Las imágenes son representaciones subjetivas de la realidad, implican idea de síntesis y están relacionadas con el conjunto de expectativas, y éstas son las que en este estudio se ha determinado: características que las enfermeras/os consideran como propias, en sus interrelaciones con sus pacientes.

Los rasgos que han caracterizado a la profesión de enfermería, su imagen social, han ido cambiando a lo largo de las diferentes etapas de

su historia y han estado condicionados por diversos factores. Así, tanto la profesión como la población ha caracterizado al personal de enfermería de manera muy especial, cualitativamente, son personas amables, llenas de ternura, con vocación de servicio, identificadas por el uso de la lámpara de enfermería, el uso del uniforme blanco, a nivel mundial, y, el uniforme turquesa a nivel nacional, estas imágenes transmiten con especial significado, los valores que las sustentan.

La dimensión simbólica del conocimiento personal es experimentar apertura a la vida y al ser. El ser no se puede describir o expresar de una forma diferente a ser sí mismo. Lo que otros perciben es la personalidad o existencia de la persona. (Durán 2001)

Epistemológicamente la enfermería es una profesión científica y humanista que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarias para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación, promoción y restablecimiento.

Tomando como base el anterior planteamiento, se puede asumir que la enfermería es concebida como una actividad que tiene una correlación e interacción social sumamente importante para el desarrollo de esta ciencia, de acuerdo a este aspecto se han experimentado, ajustes, modificaciones, e innovaciones que han permitido un avance progresivo de la enfermería y de sus cuidados. Las innovaciones, los cambios tecnológicos y la estandarización de la enfermería ha representado un elemento exigente de constante crecimiento, si bien la aplicación técnica y humana de la enfermería trasciende de lo meramente técnico y científico, lo humano, las ideologías, la moral, la ética inciden en una praxis perfectible.

“El análisis de las imágenes profesionales, y los valores que las sustentan, permite comprender como se construye la realidad social” (Domínguez Alcón, 1984), esto se puede apreciar en lo concerniente a la aparición de estigmas negativos sobre la profesión que están siendo utilizados irracionalmente, estos sin duda perjudican al profesional de la enfermería y generan un ambiente de escepticismo e incertidumbre en la población de pacientes, aspectos como estos atentan contra la imagen, y el perfil técnico, social y económico del profesional de enfermería, lo cual puede generar repercusiones negativas en el desarrollo socio económico, y técnico del profesional, principalmente esto se debe a que los estigmas negativos se incrustan en la sociedad y se desprenden matrices de opinión que degradan la gestión, el tecnicismo y profesionalismo de quienes se preparan para el ejercicio de estas funciones.

Este es un aspecto principal, mas, cabe destacar que existen otra serie de variables o elementos que perjudican al profesional, como es sabido que cada uno de los gremios de profesionales, en la población económicamente activa, (PEA) son partícipes de reivindicaciones, sociales, académicas, profesionales y económicas y el profesional de enfermería no está ajeno a estos problemas, puesto que a pesar de que la enfermería técnica y científicamente ha avanzado, son pocos los avances o el progreso social, económico de quien se encarga de ejecutar los cuidados, esto sin duda evidencia debilidades que pueden reflejarse en el rendimiento y la productividad, y el incentivo y la motivación a formar nuevos profesionales puede verse seriamente afectado.

Teniendo en cuenta los esfuerzos que se realizan dentro de esta profesión, socialmente sigue siendo para la población en general una

carrera de sacrificio y dependiente de otras, como por ejemplo, de los profesionales de la medicina. Es decir se encuentra condicionada por el estereotipo que proyectan los medios de comunicación, el desempeño del profesional en su práctica diaria, desconocimiento de la población sobre el nivel científico que posee la profesión entre otras cosas

Enfermería, paulatinamente se transformó de una práctica informal a una carrera universitaria con todos los requisitos de la educación superior, llevando consigo cambios en el ejercicio de la profesión para responder a los avances científicos y tecnológicos y a la reforma del sistema de salud, con lo cual se logró la expansión de su papel en la carrera universitaria, en el sistema de salud y en amplios sectores de la sociedad. A partir de esto la imagen profesional de la enfermera está determinada por los indicadores: saber cognitivo, el saber hacer y como proveedora de cuidados.

Ahora bien, existe una relación muy estrecha entre la imagen social de la enfermería y su imagen profesional. Es decir será socialmente aceptada, condicionada, mal interpretada o reconocida según el ejercicio de sus profesionales y la adquisición de nuevos avances tecnológicos.

Ciertamente todas las definiciones de esta profesión coinciden en el cuidado humano, porque en la práctica diaria lo observan los usuarios de hospitales y comunidad

El avance y desarrollo de la sociedad, la variación y fluctuación de las enfermedades, son el elemento principal que promueven el desarrollo de las técnicas y cuidados de la enfermería, actualmente estos ajustes e innovaciones han trascendido lo científico y hoy día el profesional de enfermería es un profesional formado desde una visión humanista capaz de cambiar los paradigmas de aplicación.

La imagen y la función del profesional de enfermería, según Issel (2005), se ha ido transformando con el paso del tiempo y en cada espacio social, él nos dice que:

Ha sido objeto de diversas transformaciones, pues ésta, como otras profesiones, se basa en un concepto social y como toda actividad social, se desarrolla en un contexto histórico en permanente cambio y conflicto, es así que su desarrollo ha transitado por una práctica de cuidados basada en conocimientos empíricos, cuyos valores fueron determinados por ciertas ideologías dogmáticas, influidas por la moral tradicional y modelos basados en la abnegación y en el sacrificio (Issel, M. 2005)

En los países desarrollados la imagen de enfermería es reconocida, bien remunerada, y aceptada socialmente con el mismo valor que cualquier otra profesión. Así se entiende de una conferencia realizada por Issel, M (2005), Docente de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Illinois, quien manifestó: “Que la población tiene una alta valoración de las enfermeras calificándolas como humanistas y confiables”. Esta diferencia de realidades entre América Latina y los países desarrollados no solo abarca los temas económicos, políticos, o manejo de poder sino también áreas como la salud. Sin embargo pueden existir realidades comunes como las de amar la profesión y querer diferenciarse de otras profesiones, entendiendo que su disciplina también contribuye de manera importante a la salud.

La percepción, la representación que las enfermeras y enfermeros tienen de su imagen se genera a través de la experiencia profesional. Es la proyección exterior que ofrecen, sus miradas son desde la autocrítica, y la reflexión, aunque no se acompañan aún de acciones necesarias para obtener el reconocimiento social acorde con su aportación. Es pertinente hacer la pregunta: ¿tienen las enfermeras una visión de sí mismas, la progresión en las imágenes, de su práctica

emergente orientada a estar, ayudar y acompañar?, esta es otra de las interrogantes que se tratarán de absolver en el transcurso de esta investigación.

2.3.8. Significado del Cuidado Humano

En el cuidado humano, los avances científicos y tecnológicos han permitido mejorar la práctica del cuidado y el mantenimiento de la vida, tomando en cuenta el respeto a la vida y la dignidad humana. Es por eso que enfermería enfoca el cuidado de una manera transcultural que permite abordar al usuario desde una perspectiva holística tomando en cuenta el significado que tiene la cultura para la satisfacción de necesidades humanas que pudieran estar interferidas por un agente biológico, social, psicológico o espiritual de ese ser.

El cuidado comprende elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue. Por lo tanto la práctica de enfermería implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos como son: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

En este sentido, el significado se formula por medio de la palabra y los signos, pero el principal ejecutor de significado es el ser humano en tanto que es principal para un acercamiento más interpretativo con el significado de hacer, uno que ha estado proliferando es la Antropología y la Filosofía, la Lingüística, la Teoría Literaria y la Psicología, se

podiera decir donde quiera que uno mire en estos días, aparece el significado como un concepto central de la psicología, su objetivo era descubrir y describir formalmente los significados que los seres humanos crearon fuera de sus encuentros con el mundo para proponer la hipótesis sobre el significado de hacer. El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizar-se y a enfrentar dificultades propias de la vida, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

Entender el significado o significados de las experiencias de los seres humanos, como uno de los conceptos del dominio de la práctica de enfermería, implica acceder a conceptos complementarios como el de “cotidianidad, la cual es considerada como una dimensión compleja del ser, donde afloran los significados y el sentido desde las experiencias, por lo tanto, el conocimiento relacionado con el significado se enmarca en la cotidianidad” (Moscovici,1993), es en este espacio donde enfermería comprende el sentido y la esencia de las experiencias desde la indagación de las vivencias y los significados, porque es en la cotidianidad que las personas necesitan del cuidado de enfermería, y es en estas circunstancias, en estos momentos donde la enfermera trata de entender, preguntándose por la esencia del ser, por la manifestación de su conciencia y por sus significados, a partir de las expresiones lingüísticas, entendiendo el lenguaje como medio de la experiencia hermenéutica. Aquí en esta interrelación también se establecen los significados y las experiencias del otro, del cuidado.

Estudios, revisados acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la “sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado” (Daza, 2006); en nuestro medio, cada enfermera en su institución en los servicios que labora, tiene sus peculiaridades en cuanto al cuidado, pero en términos generales, este cuidar es una respuesta emocional que conlleva una preocupación por el otro, y da importancia a la relación, al afecto, a la franqueza y a la atención a las necesidades de la persona a la que se cuida. Esto no tiene nada que ver con las diferentes tareas atribuidas a las enfermeras sino con su actitud frente a la otra persona, la que recibe sus cuidados, y con su compromiso con esa otra persona, entonces en esa relación enfermera-paciente, como seres dialógicos, se da un encuentro humanizador, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro. “Hay múltiples actores sociales que giran en torno al cuidado: familiares, pacientes, personal de salud. Y cada uno de ellos podría enriquecer el concepto con sus propias significaciones”, (nos dice Daza, en su estudio del significado de cuidado desde la perspectiva profesional, tomado como referencia para el presente estudio), pero nos ofrece algo más, desde el punto de vista ético:

[...] el cuidado de enfermería se constituye en un reto permanente que confronta permanentemente al profesional con la dignidad y el respeto por la persona, por sus derechos y necesidades, lo cual exige la participación activa y responsable en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. La reflexión permanente frente a los constantes avances tecnológicos, su utilidad y beneficios frente a la calidad de vida de las personas se constituyen en aspectos relevantes en la reflexión de los profesionales de la salud. (Daza, et al. 2006)

El significado de cuidado, lo consideramos como el que se nos manifiesta en la dimensión psicosocial de la relación entre enfermera y paciente y se ha convertido en un valor con connotaciones morales según el cual las enfermeras deberían cuidar al paciente, tener un sentimiento de empatía hacia él y prestarle atención, es en esta interrelación en que la enfermera también intuye lo que ella significa, lo que su quehacer significa para el otro, lo cual sería motivo de otra investigación, ahora interesa determinar los significados que le atribuyen al cuidado de enfermería, las enfermeras elegidas para el estudio.

2.3.9. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici

Serge Moscovici propuso el concepto de representación social desde 1961, esto ha implicado la elaboración de un concepto que día a día sustenta a las ciencias sociales porque constituye una nueva unidad de enfoque que unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social; el pensamiento y la acción. Así la teoría de las representaciones sociales se convierte en una valiosa herramienta dentro y fuera del ámbito de la Psicología que permite la indagación de un marco comprensivo de la realidad.

La teoría de las Representaciones Sociales, fundamentalmente es la proyección de un encuadre metodológico *suigeneris* en la cual hay una revalorización de la cultura, la subjetividad, la cotidianidad, la persona, la alteridad. Estos valores inherentes al ser humano no han sido considerados por la imposibilidad de tratarlos objetivamente y, sin embargo, se hace necesario colocarlos en primer orden sin renunciar al espíritu científico. Lo dice Araya Umaña (2002)

La Representación Social puede ser caracterizada en una primera aproximación como el modo de producción cognitiva que corresponde a una persona y grupo en un contexto socio-histórico determinado. Dicho modelo de producción cognitiva determina un *corpus* de conocimiento basado originalmente en las tradiciones compartidas, y luego enriquecidas, por miles de observaciones y, por supuesto, de las observaciones y el discurso de la ciencia. A esta amalgama de fuentes y mensajes que estructuran el conocimiento reconocido como del *sentido común* y que corresponde dentro de la teoría al concepto de representación social, como bien le ha designado Moscovici con la expresión “Las representaciones tienen por misión primero describir, luego clasificar y, por último, explicar” (Moscovici 1979)

La noción de representación social es amplia, de carácter integrador, presentándose bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificarlas circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y, a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones, todo ello junto (Jodelet, 1984)

Para efectos de la investigación, se ha tomado en cuenta la definición que Jodelet ha propuesto y que se cree ha de servir como un referencial capaz de ser operativizado:

[...] el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados [...] En sentido más amplio designa una forma de pensamiento social [...] Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno

social, material e ideal. En tanto que tales presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica (Jodelet, 1984)

La representación social, dice además Jodelet: “es una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos para fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen

Las principales fuentes de las Representaciones Sociales se han visto reflejadas en los supuestos elementales que articulan esta teoría. En sentido amplio se encuentra la experiencia acumulada por la humanidad a lo largo de la historia, escenario donde cristaliza la cultura, que va a asumir sus particularidades en cada contexto socioeconómico concreto. Luego, por medio de tradiciones, creencias, normas, valores, llega a cada hombre con expresiones de la memoria colectiva y es a través del lenguaje que se transmite todo este arsenal cultural que es determinante en la formación de las representaciones sociales.

De tal modo, cuando nos referimos al contexto sociocultural que determina una representación, debemos tener en cuenta las condiciones históricas, económicas e ideológicas en que surgen, se desarrollan y desenvuelven los grupos y objetos de representación que estudiamos. Son importantes además, las instituciones u organizaciones con las que interactúan los sujetos y grupos, así como la inserción social de los individuos en términos de pertenencia a determinados grupos y las prácticas sociales en los que éstos participan.

Otras de las fuentes esenciales de las representaciones es la comunicación social en sus diferentes formas, dentro de la que se puede mencionar los medios de comunicación como transmisores de conocimientos, valores, modelos, informaciones y la comunicación interpersonal. Dentro de esta última podemos destacar las conversaciones cotidianas en las cuales recibimos y ofrecemos todo un cúmulo de informaciones el cual es imprescindible en la estructuración de la representación social

La enfermera, en el proceso de dar cuidado, debe trascender de la noción exclusivamente lingüística del significado hacia el rescate de la unidad del ser, considerando el lenguaje como un elemento necesario, pero no exclusivo para comprender e interpretar en las narrativas la experiencia y los significados que se atribuyen.

La comunicación interpersonal y en particular la de las innumerables conversaciones en las que participa toda persona durante el transcurso de un día cualquiera de su vida cotidiana, es otra modalidad de la comunicación; este conjunto de prácticas sociales, de interrelaciones, en el campo de enfermería, dan origen a las representaciones sociales, por lo que es necesario abordar la construcción de las mismas.

De forma general podemos sintetizar que las representaciones sociales se construyen en función de las comunicaciones que circulan en el medio social, así como los roles y posiciones que al individuo le toca asumir y ocupar dentro de ese medio, y en ellas encontramos expresadas el conjunto de creencias, valores, actitudes, normas y tradiciones con que los individuos afrontan las situaciones cotidianas.

Las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos

- La actitud: es el elemento afectivo de la representación. Se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación; expresa por tanto, una orientación evaluativa en relación con el objeto. Imprime carácter dinámico y orienta el comportamiento hacia el objeto de representación, dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección. Moscovici señala: “[...] la actitud implica un estímulo ya constituido, presente en la realidad social a la que se reacciona con determinada disposición interna, mientras que la representación social se sitúa en “ambos polos”: constituye el estímulo y determina la respuesta que se da”.
- La información: es la dimensión que refiere los conocimientos en torno al objeto de representación; su cantidad y calidad es variada en función de varios factores. Dentro de ellos, la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial, pues el acceso a las informaciones está siempre mediatizado por ambas variables. También tienen una fuerte capacidad de influencia la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a este.
- Campo de representación: este es el tercer elemento constitutivo de la representación social. Nos sugiere la idea de “modelo” y está referido al orden que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada. El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que constituye la parte más estable y sólida de la representación, compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos.

En el núcleo figurativo se encuentran aquellos contenidos de mayor significación para los sujetos, que expresan de forma vívida al objeto representado. Es necesario destacar que esta dimensión es “construida” por el investigador a partir del estudio de las anteriores.

Para llegar a conformarse la representación es imprescindible que ocurran dos procesos: la objetivación y el anclaje, fases que se encuentran muy ligadas por el hecho que una presupone a la otra. Tan solo la representación objetivada, naturalizada y anclada es la que permite explicar y orientar nuestros comportamientos. Los mecanismos de anclaje y objetivación, provienen de la propia dinámica de las representaciones sociales. El primero de ellos concierne a la forma en que los saberes y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de las Representaciones Sociales, mediante una serie de transformaciones específicas. El segundo da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales, y de cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones.

La objetivación.

Podría definirse como aquel proceso a través del cual llevamos a imágenes concretas que nos permiten comprender mejor lo que se quiere decir, aquellos conceptos que aparecen de manera abstracta. Consiste en transferir algo que está en la mente en algo que existe en el mundo físico.

Se trata del proceso mediante el cual se concreta, se materializa, el conocimiento en objetos concretos. En esta fase se retienen selectivamente elementos, se organizan libremente y se estructura un modelo figurativo, icónico simple. Este mecanismo se encuentra bajo la

influencia de la inserción de los sujetos en la sociedad, de sus condiciones sociales.

En la teoría de las representaciones sociales, el proceso de objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas. Por medio de él lo invisible se convierte en perceptible. Este proceso implica a su vez tres fases (Jodelet, 1984): la construcción selectiva, la esquematización estructurante y la naturalización.

La construcción selectiva: Aquel proceso a través del cual los diferentes grupos sociales y los sujetos que los integran se apropian, de una manera muy particular y específica, de las informaciones y los saberes sobre un objeto. Esta forma de preparación implica la retención de algunos elementos de la información y el rechazo de aquellos que no resulten significativos. Los elementos retenidos se someten a una transformación con el objetivo de que puedan encajar en las estructuras de pensamiento que ya están constituidas en el sujeto, es decir, estos nuevos elementos van a adaptarse a las estructuras formadas anteriormente.

La esquematización estructurante: Una vez seleccionada la información y convenientemente adaptada a través del proceso de apropiación, se organiza internamente para conformar una imagen del objeto representado de manera coherente y de fácil expresión. Esto da lugar a la formación del núcleo central o *esquema figurativo*, de pensamiento, sintético, condensado, simple, concreto, formado con imágenes vividas y claras, es decir, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas.

Estas imágenes estructuradas es lo que Moscovici (1979) ha denominado *núcleo figurativo*, o sea, una imagen nuclear concentrada,

con forma gráfica y coherente que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar. Esta simplificación en la imagen es lo que le permite a las personas conversar y también comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a ellas mismas y a través de su uso, en diferentes circunstancias, se convierte en un hecho natural.

La naturalización: proceso donde el núcleo central adquiere un status ontológico que lo sitúa como un componente más de la realidad objetiva. El núcleo central es el resultado de un proceso de construcción social de una representación mental; sin embargo, se olvida el carácter artificial y simbólico del núcleo y se le atribuye plena existencia fáctica. El núcleo pasa a ser la expresión directa de una realidad que se le corresponde perfectamente y de la cual no parece constituir sino un reflejo fiel. Una vez que ha quedado constituido, el núcleo tiene toda la fuerza de los objetos naturales que se imponen “por sí mismos” a nuestra mente. Esto quiere decir que la transformación de un concepto en una imagen pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma.

La distancia que separa lo representado del objeto desaparece de modo que las imágenes sustituyen la realidad. Lo que se percibe no son ya las informaciones sobre los objetos, sino la imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido.

Sustituyendo conceptos abstractos por imágenes, se reconstruyen esos objetos, se les aplican figuras que parecen naturales para aprehenderlos, explicarlos y vivir con ellos, y son esas imágenes, las que finalmente constituyen la realidad cotidiana.

El anclaje:

Moscovici (1979), refiere que “es el mecanismo que permite afrontar las innovaciones o la toma de contacto con los objetos que no son familiares. Utilizamos las categorías que nos son ya conocidas para interpretar y dar sentido a los nuevos objetos que aparecen en el campo social.”

En el anclaje, es donde se manifiestan los procesos de asimilación y acomodación, pues las informaciones recibidas son deformadas por nuestros esquemas ya constituidos, y a su vez, esta nueva información cambia nuestros propios esquemas para acomodarlos a sus características. Se puede afirmar entonces que este proceso se refiere al enraizamiento de la representación social y su objeto.

El proceso de anclaje, entonces, articula las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de la novedad, función interpretativa de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales.

Tanto el anclaje como la objetivación hacen familiar lo no familiar; el primero transfiriéndolo a nuestra esfera particular donde somos capaces de compararlo e interpretarlo, y el segundo, reproduciendo entre las cosas que podemos tocar y en consecuencia, controlar.

Sin embargo, el anclaje, actúa en una dirección diferente al de objetivación. Si lo propio de la objetivación es reducir la incertidumbre ante los objetos operando una transformación simbólica e imaginaria sobre ellos, el proceso de anclaje permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones por medio de dos modalidades:

- Inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente.
- Instrumentalización social del objeto representado o sea la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión.

Si bien el proceso de anclaje permite afrontar las innovaciones o el contacto con objetos que no son familiares para las personas, hay que advertir que las innovaciones no son tratadas por igual por todos los grupos sociales, lo cual evidencia el enraizamiento social de las representaciones y su dependencia de las diversas inserciones sociales. En efecto, los intereses y los valores propios de los diversos grupos actúan con fuerza sobre los mecanismos de selección de la información, abriendo más o menos los esquemas establecidos para que la innovación pueda ser integrada. Si el nuevo objeto que ha aparecido en el campo social es susceptible de favorecer los intereses del grupo, este se mostrará mucho más receptivo. En definitiva, la integración cognitiva de las innovaciones está condicionada tanto por los esquemas de pensamiento ya constituidos como por la posición social de las personas y de los grupos.

El proceso de anclaje, a su vez, se descompone en varias modalidades que permiten comprender:

- Cómo se confiere significado al objeto representado, con relación al sentido que se le otorga a la representación.
- Cómo se utiliza la representación en tanto sistema de interpretación del mundo social marco e instrumento de conducta. “Esta modalidad permite comprender cómo los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituir las” (Jodelet, 1984:486).

- Cómo opera su integración dentro de un sistema de recepción y la conversión de los elementos de este último relacionados con la representación. Los sujetos se comportan según las representaciones; los sistemas de interpretación proporcionados por la representación guían la conducta.

Actuando conjuntamente y por su función integradora, el anclaje y la objetivación sirven para guiar los comportamientos. La representación objetivada, naturalizada y anclada, es utilizada para interpretar, orientar y justificar los comportamientos.

Para efectos de la investigación, el proceso de anclaje sería la integración al pensamiento de una nueva información sobre el cuidado enfermero, la cual aparece con un significado específico ante nuestros esquemas ya existentes y a la que se le atribuye una funcionalidad y un papel regulador en la interacción grupal.

La perspectiva teórica de las Representaciones Sociales (RS) ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de los sujetos estudiados la cual no se circunscribe a circunstancias particulares de interacción, sino que trasciende el marco cultural y social, ya que los individuos conocen la realidad a través de explicaciones que obtienen de los procesos de comunicación y del pensamiento social, así las Representaciones Sociales hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo el sujeto piensa y organiza su vida cotidiana de tal manera que abordar las Representaciones Sociales posibilita, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente.

La generación de significados que atañen al dominio de la práctica de enfermería, ocurrirá desde la verificación o contrastación empírica, la demostración lógica y la argumentación discursiva. La representación social será una vez que los encontremos prácticos, útiles, comprensivos, descriptivos, teóricos o explicativos, justificativos (ideológicos) o hermenéuticos (Vargas 2003). El significado emerge de las experiencias del ser humano.

María Auxiliadora Banchs (1990) concibe la representación social una modalidad de pensamiento práctico que sintetiza la subjetividad social. Está orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio de su entorno social. Trasladando estos conceptos al campo de la práctica profesional de enfermería, la investigadora considera que las representaciones producen los significados que la comunidad y las mismas enfermeras necesitan para comprender los fenómenos que se suscitan en la diaria interrelación que existe entre el cuidador y el ser cuidado, por lo que para el caso de investigar las representaciones sociales del significado del cuidado en las enfermeras, correspondió definir la metodología que se utilizó para la recogida y procesamiento de la información, que en términos de metodología de la investigación consistió en diseñar el análisis lógico, que no es una secuencia lineal direccional, sino un proceso dialéctico que avanza a través de contradicciones pero que al final se obtiene la representación social buscada.

2.3.10. El interaccionismo simbólico y el “Self”

Aunque, podría ser innecesario aludir a este tema, ya que en él se basan varios filósofos y teóricos, citados en este estudio, que han sido fundamento de las teorías de las ciencias sociales, la investigadora lo considera para fundamentar y comprender el resultado, más

significativo en este estudio, que es el significado del cuidado en el ejercicio profesional de las enfermeras.

En la actualidad, se está notando que la tecnología está deshumanizando la salud, esto lo podemos corroborar cuando la enfermera y otros profesionales de la salud se preocupan por los procedimientos, por los equipos y ya no interrelacionan, no se comunican con los pacientes, se olvidan del “ser”, como lo manifiesta Santos Falcón (2005) en su ensayo: La ética y la técnica contemporánea. Implicaciones en el área de la salud, aquí cita a Heidegger: “El olvido del Ser ocultado por el hiper activismo, por el productivismo y por la pura voluntad de imposición es algo característico para todas las formaciones sociales contemporáneas”. La mirada científica moderna, preparando y participando en el des-ocultamiento técnico, muestra consecuentemente todas las características que este autor destacó como esenciales para el olvido del “Ser”, típico de la ciencia moderna.

Llama a la reflexión acerca de que se está dando prioridad al “hacer”, a la producción de resultados y que se está violando los principios y valores éticos de las personas.

De allí que la investigadora hace suyas las respuestas de las enfermeras del estudio cuando dicen que el cuidado va más allá de ciencia y arte, es el “Self” de la enfermera, el ser ellas mismas con sus valores, ética, con su holismo, puesto de manifiesto en la interrelación enfermera paciente, reconociendo en el paciente cuidado su “ser” como persona humana.

Entre las teorías sociológicas que se encargan de estudiar cómo se construye el sentido y el significado de los hechos sociales, destaca el

interaccionismo simbólico, cuyo principal representante es George Herbert Mead (1972), cuyas ideas explicarán y ampliarán posteriormente algunos de sus discípulos, entre los que cabe destacar de manera significativa a Herbert Blumer (1982).

Las teorías sociológicas propuestas tienen en común que se centran en el análisis de la vida cotidiana. Se piensa que los conceptos desarrollados en cada uno de estos enfoques se complementan, y siguen una secuencia lógica que sirve de guía para contrastar la interpretación de los resultados empíricos de la investigación, puesto que se “analiza la vida de los grupos humanos y del comportamiento del hombre” (Blumer, 1982), en un aspecto muy concreto de la actividad profesional de las enfermeras: el trato diario con los pacientes.

El interaccionismo simbólico según Blumer, nos ayuda a dar respuesta a la pregunta sobre cómo construyen las profesionales enfermeras su mundo cotidiano. Esta teoría aproxima al sentido de sus acciones y es capaz de ofrecer una visión procesual de la acción social intersubjetiva. Por su parte, la teoría de la representación social (Farr, 1988) guía la identificación de los mecanismos por los cuales el sujeto, activo y por tanto creador, de su relación cotidiana, a través de la interacción y la comunicación, otorga sentido a los elementos de su medio y hace inteligible el mundo que le rodea acercándose así, a la forma en que estos profesionales entienden, comunican y brindan el cuidado a sus pacientes, develando sus sentimientos, creencias y valores personales y sociales.

Gran parte del trabajo de Mead, es una explicación de la importancia que tiene el pensamiento reflexivo y la conciencia en las conductas de los individuos, hasta el punto que orientan el comportamiento de la

persona. Es decir, los comportamientos no son sólo respuestas reflejas, sino que están mediadas por la reflexión. Mead enfatiza la conciencia, la reflexividad, lo que llama intersubjetividad, comunicación interior, o pensamiento en el que participan tres interlocutores: el yo, el mí y el otro.

Propone que no sólo existe un espacio interior individual en cada sujeto, sino que también debe tenerse en cuenta un espacio real que se da en las relaciones. Se trata de un espacio interactivo que no es sólo biológico sino también social y en él se encuentran los símbolos y sus significados. Por ello, Mead toma como unidad de análisis el “acto social”. En palabras de Mead: “la significación surge y reside dentro del campo de la relación y está íntimamente asociada al proceso social, al contexto en el cual surge y se desarrolla”. Señala dos aspectos importantes en el proceso social: el primero se refiere a la comunicación como responsable de la aparición de “objetos de sentido común”, y en segundo lugar, destaca la relación entre el gesto y la reacción que produce en el otro.

En este espacio social se forma un “**espíritu, conciencia**” (mind) a través de la comunicación. Los individuos existen como personas, poseen un “**sí mismo**” que les capacita para establecer relación consigo mismo (Self), de manera que es capaz de auto-formularse indicaciones (reflexiones) que construyen y orientan su acción dentro de un espacio social (society) de fondo. Describiendo estos conceptos, podemos decir que si se tiene en cuenta el holismo de las personas, éstas pueden ser estudiadas, en todas sus dimensiones, en nuestro caso, desde la perspectiva subjetiva en donde convergen mente, “Self”, el yo y el mí.

Este “Self” no es una entidad que pueda identificarse en la persona, sino un proceso de desarrollo de la conducta humana. Se configura

mediante una serie de fases a lo largo del ciclo vital. En la primera de ellas el niño se limita a imitar conductas de los adultos sin captar su significado. Seguidamente, en la etapa de juegos, asume y adopta roles de los adultos, lo que le permite verse a sí mismo desde fuera. Por último, en la etapa del deporte, adopta la actitud de los otros. La importancia de esta fase reside en dos aspectos: por un lado, la persona debe organizar el aprendizaje de las actitudes y reacciones de los otros para conocer cuál es la respuesta que le exigen los demás, por otro lado, debe adoptar las normas que le son impuestas desde fuera. Es decir, la etapa del deporte aporta al sujeto la posibilidad de asumir las bases para generalizar la conducta de los otros y con ello, la persona (Self) adopta las actitudes sociales organizadas de los otros, de toda la comunidad (Otro generalizado) en la medida en que intervienen en su experiencia individual. El otro generalizado viene a ser la norma social, es decir, ejerce su control sobre el comportamiento de los individuos. Esto se puede comprender en toda su amplitud con lo expuesto por Herbert Blumer (1982), quien presenta las siguientes premisas:

1. Las personas actúan sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los significados que los objetos y las personas tienen para ellas. Es decir, a partir de los símbolos. El símbolo permite, además, trascender el ámbito del estímulo sensorial y de lo inmediato, ampliar la percepción del entorno, incrementar la capacidad de resolución de problemas y facilitar la imaginación y la fantasía.
2. Los significados son producto de la interacción social, principalmente la comunicación, que se convierte en esencial, tanto en la constitución del individuo como en (y debido a) la producción social de sentido. El signo es el objeto material que desencadena el significado, y el significado, el indicador social que interviene en la construcción de la conducta.

3. Las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos

Otras premisas importantes son: que la distinción entre conducta interna y externa presupone que el individuo se constituye en la interacción social (formación del yo social autoconsciente), y que no es posible entender el yo sin el otro ni a la inversa, y que los grupos y la sociedad se constituyen sobre la base de las interacciones simbólicas de los individuos al tiempo que las hacen posibles.

Blumer concluye diciendo que el interaccionismo simbólico:

Partiendo de un método de estudio participante, capaz de dar cuenta del sujeto, concibe lo social como el marco de la interacción simbólica de individuos, y concibe la comunicación como el proceso social por antonomasia, a través del cual, se constituyen simultánea y coordinadamente, los grupos y los individuos (Blumer, 1982)

Adaptándonos a nuestro contexto asistencial en enfermería, el “yo” es aquello con lo que nos identificamos, esto es, algo más personal, más afectivo, proporciona la sensación de libertad, de iniciativa, hace referencia a la idea de pro positividad. Es lo impredecible, la parte que decide, que innova, la más creativa de la persona, de la enfermera. Es la acción del individuo frente a la situación social. Es el que tiene conciencia del “mi”.

El “mi” organizado son las actitudes de los otros que uno acepta, nuestros pacientes, y que guían sus comportamientos a través del “yo”. El “mi” representa los valores y reglas del grupo. Pero este “si mismo” configurado por el “mi” y el “yo”, creado en el proceso de interacción, a su vez es único e irrepetible, porque cada uno responde de manera diferente en estas interacciones que se producen en el proceso social. El mí constituye la manera de darse cuenta de lo que ha hecho el yo. El

profesional sanitario, antes que enfermera o médico, es una persona que posee su yo creativo, afectivo, impredecible y personal. Ha debido de interiorizar las reglas y valores del grupo social (mi) a través de su familia, de la universidad, de su grupo de amigos y del hospital, y sin embargo responde de forma única y diferente a las mismas situaciones (por sí mismo).

Se concluye que si el “Self” involucra valores en “sí mismo” e interrelaciona con otro “Self”, cada cual con su “yo”, en el “mi”, se está configurando lo psicológico, lo emocional y lo sociológico, por lo tanto, en el “Self” de cada persona están involucradas sus experiencias pasadas, presentes y sus aspiraciones futuras, todas direccionadas, en el campo de la enfermería, a la comunicación, la interrelación en el cuidado. La enfermera será capaz de comprender una conversación íntima consigo misma, viéndose como un objeto social y comprender al otro, en el proceso social.

CAPITULO 3: TRAYECTORIA METODOLÓGICA.

3.1. Tipo y Diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Este estudio fue cualitativo descriptivo-interpretativo-comprensivo, para dar respuesta al objetivo planteado. Se ha considerado como camino metodológico el paradigma cualitativo a través de la teoría de las representaciones sociales propuesta por Serge Moscovici, con abordaje de tipo procesual, que según este autor, se centra en los procesos de constitución del pensamiento social, englobando no solo los aspectos cognoscitivos que se producen a nivel individual, sino también los procesos sociales, esto es, las interrelaciones, en su construcción y así, poder llegar a identificar el significado de las experiencias vividas, como en este caso son las que tienen las enfermeras en su práctica cotidiana en un servicio de cirugía.

Fue preciso establecer con suficiente rigor y precisión el contenido concreto de la representación de tal forma que permitió estudiar su dinámica interna, en cuanto, también a la modalidad del pensamiento social. Se hizo necesario para ello recurrir a técnicas que permitieron conocer el esquema figurativo, el campo de representación, las actitudes y el conjunto de informaciones que integraron las categorías.

3.1.2. Escenario de la investigación

Participaron en esta investigación las enfermeras de un servicio de cirugía del hospital mencionado, el cual se encuentra ubicado geográficamente en la ciudad de Chiclayo – departamento de Lambayeque

El servicio de cirugía general, tiene una capacidad para atender 30 pacientes, cuyas patologías requieren intervenciones quirúrgicas, la población es mixta, hombres y mujeres adultos y adultos mayores, un 14 % con enfermedades oncológicas para tratamiento curativo y otras paliativo. Este servicio, pertenece a un hospital de nivel IV, especializado, por lo que recibe pacientes referidos de otros centros hospitalarios por ser pacientes complicados con otras patologías. La alta demanda asistencial, las edades de las personas hospitalizadas en este servicio, con enfermedades crónico degenerativas, por ejemplo personas diabéticas, con insuficiencia renal, con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, enfermedades coronarias, con tratamientos especializados que no pueden abandonar y que además están programados para una intervención quirúrgica, lo que los convierten en “pacientes de alto riesgo, complicados”, son estos pacientes los que diariamente interactúan con las enfermeras entrevistadas.

Las enfermeras asistenciales en este servicio, cumplen horarios de mañana, tarde y noche, en los cuales observan y comparten experiencias con el equipo de salud, los hospitalizados, cuidadores, familiares, en estas situaciones las enfermeras ponen de manifiesto su experiencia, sus sentimientos o sensación de frustración e impotencia de no poder dar el cuidado enfermero óptimo, como se manifestó en la presentación de la problemática: falta de recursos

humanos, poco tiempo para la interrelación enfermera-paciente, entre otros.

La administración de este hospital tiene como objetivo el logro de metas, de productividad que se traduce en número de atenciones, número de operaciones, procedimientos y para cumplir estos objetivos, lo programado, se descuida la calidad de la atención y esto se refleja en la insatisfacción manifestada por muchos usuarios, este descuido involucra a los cuidados de enfermería, los que no se brindan en sus dimensiones, en forma holística.

3.1.3. Población y muestra

El servicio de cirugía del estudio, durante los meses en que se realizó la investigación, contaba con una población de 10 enfermeras asistenciales y una enfermera jefe. De las diez enfermeras, una goza de vacaciones, y es reemplazada por enfermera de otro servicio, otra renunció y sus turnos estuvieron cubiertos por la realización de “turnos extras” de mañana, tarde y noche, por las mismas enfermeras del servicio. La población de estudio se constituyó por “criterio de saturación” y estuvo conformada por 7 enfermeras, la elección de las enfermeras participantes en esta investigación, ha sido teniendo en consideración que ellas se desarrollan profesionalmente por varios años en este servicio, brindando cuidado a 30 pacientes diariamente, lo que permitió un mejor acercamiento al fenómeno de estudio.

3.1.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el método cualitativo, que permite una mejor comprensión y aproximación sistemática y

subjetiva de cómo la enfermera (o) construye el significado de cuidado en su práctica profesional.

Con este grupo de enfermeras, ya se había compartido experiencias diarias en el ejercicio profesional y por lo tanto el contexto, ya era conocido, puesto que en él, la investigadora se desarrolló como profesional. Fue a través de la técnica de la entrevista a profundidad y las asociaciones de palabras, que permitieron tener acceso al material discursivo, que por su naturaleza favorecieron la espontaneidad y la naturalización de la situación de intercambio.

La entrevista a profundidad, en la investigación cualitativa, es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica, adoptando la forma de diálogo coloquial. Esta permitió determinar la producción discursiva de las participantes e identificar después los contenidos de la representación

La entrevista a profundidad, semi estructurada que se preparó permitió que las participantes expresaran con sus propias palabras todas las experiencias referentes al cuidado de enfermería que brinda; en dos casos la entrevista se excedió de una hora. Se utilizaron preguntas orientadoras

Según Taylor et al. (1987) las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Él dice:

Utilizamos la expresión "entrevistas en profundidad" para referirnos a este método de investigación cualitativo. Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (Taylor, 1987)

Subrayamos la importancia de las entrevistas en profundidad, que permiten conocer a la gente lo bastante bien como para comprender lo que quiere decir, y crean una atmósfera en la cual es probable que se exprese libremente. Según nuestro propio punto de vista, mediante las entrevistas la investigadora ha logrado aprender de las informantes, de qué modo se ven a sí mismas y a su mundo obteniendo a veces una narración precisa de acontecimientos pasados, y de actividades presentes.

3.1.5 Proceso de recolección de datos

Previa comunicación con la enfermera jefe del servicio y las enfermeras asistenciales, se procedió a planificar la recolección de datos, solicitando a las enfermeras su horario disponible, sus teléfonos. Cabe mencionar que en anterior oportunidad, la investigadora se comunicó con cada una de las enfermeras, se reunió con algunas de ellas en el servicio de cirugía (acudieron 4) y se les presentó el proyecto de la investigación, de tal suerte que estaban motivadas para participar en éste, ya que están convencidas que les servirá para mejorar su práctica.

Las entrevistas se grabaron en audio video y luego fueron transcritas con el fin de garantizar el contenido de toda la información expresada. A partir de la transcripción se determinaron los códigos y las categorías de análisis, y se tomaron los textos significativos. Las primeras dos entrevistas del total de siete participantes sirvieron para un análisis preliminar y el inicio de la codificación, para luego proceder con los ajustes necesarios de las siguientes entrevistas

En un lapso de 4 meses entre julio y octubre del año 2012, se realizaron las entrevistas a profundidad a las enfermeras asistenciales

del servicio de cirugía, previa información y consentimiento. (Ver anexo A y B) Dos entrevistas fueron realizadas en el ambiente del sindicato de enfermeras, que cuentan con ambiente privado, dos en una oficina adjunta en el mismo servicio, y las restantes en el domicilio de la investigadora en un ambiente ameno y tomando el té o desayunando, ya que dos de ellas salían de guardia y eligieron ese horario. Todas las entrevistas fueron en horario de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de las enfermeras en estudio y audio-grabadas y transcritas, éstas duraron entre 60 y 90 minutos. Solo con una de las entrevistas fue necesario repetir la entrevista por problemas técnicos de la grabación. Se utilizaron preguntas norteadoras, (Anexo C).

Considero que las entrevistas se desarrollaron en confianza y armonía ya que la investigadora trabajó durante 10 años en el servicio de cirugía y la relación de amistad es satisfactoria. (Ver anexo D). Estos encuentros iban permitiendo la comprensión de las perspectivas que tienen las informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, en su quehacer como enfermeras, tal como se expresan con sus propias palabras.

Las preguntas norteadoras, que se utilizaron, (Anexo C), necesitaron, en alguna oportunidad darle ajustes en el momento, tratando de no desviar el objetivo de la pregunta. Para tener el registro fiel de la información, considerada como un encuentro cualitativo, hubo necesidad de apoyarse en una herramienta tecnológica, como es la videograbadora, con la previa información y aceptación de las entrevistadas. Con esta técnica, la investigadora tuvo a su disposición el instrumento de la investigación y no el protocolo o guion de la entrevista. El rol implicó no sólo obtener respuestas, sino también ir acercando las preguntas correctas, esto es: qué preguntas hacer y cómo hacerlas, ya que en las primeras entrevistas fue difícil para la

investigadora mantener el “hilo” de los discursos y hubo necesidad de repreguntar.

Durante la entrevista se fue evaluando críticamente la información que se iba recibiendo, de inmediato, e indagando en busca de mayor claridad y exhaustividad en las respuestas, para no dejar que el tiempo modifique, en la investigadora detalles de la misma.

Es necesario añadir que los discursos no constituyeron una expresión directa de las representaciones de los sujetos y correspondió al investigador su construcción, realizando un cuidadoso análisis, puesto que los universos semánticos producidos por los sujetos incluyeron elementos cognitivos, simbólicos y afectivos que organizados, dieron sentido y dirección al pensamiento de cada enfermera en particular.

3.2. Análisis e interpretación de la información.

Para el procesamiento de los datos, se transcribió la copia fiel y exacta de la fuente, que fueron las entrevistas, dando lecturas y relecturas a las transcripciones en Word, para obtener y establecer un nivel de familiaridad y entendimiento con los mismos.

Vera Mendoza (2011), nos dice que para el análisis general de los discursos, se parte del ordenamiento, transcripción y descontextualización de testimonios, en grupos de palabras/categorías simples, en este estudio, fueron relacionadas con el significado de cuidado y el de ser enfermera, principalmente, luego se realiza el análisis ideográfico, para la codificación axial, construyéndose los ejes temáticos, que constituyen la estructura de la representación social.

En este proceso de análisis y representación de ideas se utilizaron símbolos: ¥, β, Ω, (yen, beta, omega) y formas: (sol, media luna),



En las unidades estructurales de cada caso y las interrelaciones de los significados de las enfermeras entre sí, lo cual también permitió identificar con facilidad las ideas, conceptos similares y la frecuencia de los mismos, esto se realizó en forma manuscrita, una parte de ello se puede apreciar en el anexo, parte de una presentación previa de este estudio durante el desarrollo de los estudios de doctorado. (ANEXO G)

Por último el análisis nomotético para la codificación selectiva que en base a diferencias y semejanzas entre las categorías emergidas y apoyadas en el sustento teórico, códigos y normas sociales, constituyeron la aproximación a la representación social que se estaba buscando.

Resumiendo, diremos que el tratamiento de los datos requirió de un análisis gráfico de los significantes y posteriormente la consideración de las dimensiones para la construcción de las representaciones sociales, resultado de las actitudes, las informaciones y el campo de la representación, obtenido a través del núcleo central y sus elementos periféricos

Sin embargo es necesario hacer un recorrido minucioso de como se utilizó la información, y la forma como se procedió:

3.3. Procesamiento de información

Las respuestas obtenidas a partir de las principales preguntas: ¿Qué significa para ti ser enfermera?, ¿Qué significa para ti el cuidado de enfermería? Se agruparon por pregunta, para el total de enfermeras entrevistadas y cuyas respuestas incluían la mención de conceptos, los cuales se fueron extrayendo de manera inductiva, siendo el resultado un conteo de significados compartidos. Por ejemplo, si alguna

respuesta decía que “la enfermería es una ciencia aplicada al manejo del paciente durante su recuperación”, entonces se inducían inmediatamente los conceptos “ciencia”, y “profesión dirigida al paciente”; para que cada vez que alguna otra respuesta mencionara el carácter científico de la profesión, o se resaltara que el objetivo de la misma era el paciente, se contabilizaba la frecuencia del uso de esa alusión, para no perderse en el conteo y determinar la frecuencia, se utilizaba el símbolo o forma elegidos.

En la primera etapa de objetivación, dentro de la codificación abierta:

1. Después de cada entrevista se observa y escucha en repetidas ocasiones los discursos de la enfermera entrevistada, las cuales fueron transcritas en su totalidad en el programa de Microsoft Word, esto constituyó la desgravación. Se iba resaltando las respuestas con resaltadores de diferentes colores, coincidiendo el color con el discurso, cuando se tenía similitud en las respuestas.(Anexo E-F)

Se utilizaron aproximadamente, 45 horas en las desgravaciones, por las repeticiones necesarias.

2. Se lee y releen los discursos de las enfermeras a las cuales se les dio un nombre de flor: rosa roja, lirio, azucena, violeta, margarita, tulipán. La lectura de todas las descripciones sobre las experiencias con el cuidado de enfermería; a medida que se hicieron entrevistas, se transcribieron y leyeron individualmente y varias veces cada una
3. La relectura de las transcripciones permitió extraer enunciados significativos sobre el cuidado de enfermería, que se subrayaron, se resaltaron empleando códigos vivos y sustantivos.

4. Los temas se reunieron en grupos que aportaban significados parecidos en una experiencia similar; se buscaron semejanzas o relaciones entre sí y con ellas, se elaboraron conceptos que permitieron interpretar los datos.
5. Las descripciones exhaustivas de dichas experiencias dieron sentido e interpretación a los códigos extraídos de las transcripciones y se elaboraron conceptos que permitieron interpretar los datos teniendo en cuenta el contexto en el cual ocurrió el fenómeno.
6. Las interpretaciones se validaron mediante reorientación de las preguntas en las tres últimas entrevistas, a partir de significados encontrados anteriormente.

Una vez estudiadas las respuestas, ya se tenían inducidos casi todos los conceptos a tener en cuenta y era menos frecuente encontrar nuevos conceptos que de alguna manera no estuvieran ya abstraídos de las anteriores preguntas.

En la segunda etapa de **codificación axial**, se realizó el análisis ideográfico, se ha depurado y diferenciado las categorías identificadas en la codificación abierta y se acercó a las primeras propiedades y dimensiones de algunas de ellas. Algo especialmente relevante, es que se pudo identificar las primeras relaciones entre categorías. (Anexo F)

La tercera etapa fue la **codificación selectiva**, con el análisis nomotético: un proceso de reflexión alcanza unos niveles mayores de abstracción, y se pudo elaborar la categoría central con sus propiedades y dimensiones y la relación con el resto de categorías (ANEXO H: Esquemas)

En cuanto al procesamiento de la información, varios autores coinciden en que las representaciones sociales no son una receta para la comprensión de los fenómenos sociales pero que sirven según los intereses de la investigación cuando los datos obtenidos son relativamente claros y están relativamente bien definidos.

Aunque en la investigación cualitativa los intereses de la investigación son necesariamente amplios y abiertos, la claridad y especificidad de lo que se está interesado en estudiar varía según los investigadores. A decir de Moscovici:

Ningún método es igualmente adecuado para todos los propósitos. La elección del método de investigación debe estar determinada por los intereses de la investigación, las circunstancias del escenario o de las personas a estudiar, y por las limitaciones prácticas que enfrenta el investigador. (Moscovici, 1979)

3.4. Aspectos éticos

Para la presente investigación se tomaron en cuenta los principios de la Ética Personalista que se basan en la sustentación de Sgreccia (1999) cuando manifiesta que sólo una ética sustentada en una ontología puede pretender ser normativa y estos son:

- **Principio del valor fundamental de la vida humana**, que implica que todas las dimensiones del ser que participan, integran o expresan la dignidad personal, son objeto de respeto. Tales dimensiones tienen sentido en el todo de la persona y no pueden ser consideradas como un medio disponible para la maximización de lo útil o placentero.

Es así que para efectos de la presente investigación, se tuvo pleno respeto, en cuanto a la dignidad de todas las participantes, no se cuestionaron los discursos vertidos durante el desarrollo de la misma, mostrando siempre en todos sus ámbitos lo importante que fue

mantener el equilibrio de todas las dimensiones de la persona entrevistada.

- **Principio de libertad y responsabilidad**, el cual incide en que una persona tiene la libertad para conceder o no la intervención, y éste es un punto importante, ya que tiene a la vez la responsabilidad de que su elección esté en consonancia con su propia dignidad y con lo que ella es; pues se entiende que una persona tiene un compromiso consigo misma de respeto, puesto que ni ella se ha hecho a sí misma ni ella se da la dignidad y el valor que tiene.

Las enfermeras que participaron de este estudio, lo han hecho con pleno uso de su libertad, asumiendo la responsabilidad de su aceptación con el respectivo consentimiento informado, por ello antes de que se realice el estudio se les manifestó a las profesionales de enfermería el tipo de estudio que se iba a realizar, el objetivo de la investigación, así como el carácter anónimo de la entrevista de manera que su participación fue completamente autorizada con libertad y autonomía

Así mismo la investigadora, asumió la responsabilidad de velar por que la información obtenida haya sido utilizada sólo con fines de la investigación.

- **Principio de Totalidad**, se fundamenta en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de la conjunción de partes distintas que están unificadas orgánica y jerárquicamente en la existencia única y personal. La aplicabilidad del principio está condicionada por la naturaleza del todo, de las partes y de su relación mutua y la necesidad o

conveniencia de procurar una mejor condición, existencia o actuación del todo.

Se aplicó este principio procurando ante todo hacer el bien en su totalidad, por lo tanto se consideró necesario detener las preguntas o reorientarlas cuando el estado emocional de la entrevistada no le permitía continuar, o las circunstancias generaban el desvío hacia temas no pertinentes para la investigación en el momento dado. En todo momento no se antepuso la investigación, al bienestar de la persona.

- **Principio de socialización y subsidiariedad**, por este principio se mueve a toda persona singular, a realizarse a sí misma en la participación de la realización de sus semejantes.

Frente a este principio se trató a todas las enfermeras elegidas con el mayor respeto a su condición de ser personas únicas e irrepetibles, pues no se realizó discriminación alguna por ninguna razón. Así mismo todas las respuestas vertidas en la entrevista han sido válidas. La investigadora está dispuesta a brindarles información, despejando sus dudas e inquietudes.

A las enfermeras se les otorgó una identidad figurativa: nombres de flores, para conservar su anonimato: Begonia, Azucena, Margarita, Tulipán, Violeta, Rosa roja y Lirio, teniendo en cuenta lo que nos dice Taylor con respecto al anonimato:

Es casi siempre sensato emplear seudónimos para designar a personas y lugares en los estudios escritos. Son muy pocos los intereses legítimos de la investigación que se satisfacen publicando los nombres auténticos. Los riesgos son sustanciales: dificultades para los informantes u otras personas; problemas legales; auto exaltación; ocultamiento de detalles e información importantes. Aunque algunas

personas podrían desear ver sus nombres en letras de molde por una variedad de razones, hay que resistirse a conformarlos, explicando las razones a los informantes. (Taylor, 1987)

3.5. Rigor Científico

El rigor científico, en esta investigación, se ha tenido en cuenta, sobre todo en el análisis de datos y en la presentación de resultados.

Confiabilidad, entender cómo es que se llegó a los resultados, a partir de la presentación detallada del procedimiento metodológico; la inclusión del detalle del contexto en donde se forjaron tanto los datos como los resultados.

Credibilidad, el estudio podrá ser valorado, en las situaciones, en el contexto que se desarrolló y será posible reconocerla como creíble.

Para ello, en la investigación fue esencial, la indagación de pruebas fiables que han sido demostradas en los resultados del estudio realizado, en concordancia con el proceso seguido en la investigación.

Transferencia, los resultados del estudio, serán transferibles y aplicables a otros contextos y/o ámbitos de acción, en tanto la naturaleza social y compleja del fenómeno sea parecido.

La investigación realizada será referente para producir transferencias de los instrumentos y fases de la investigación en otra situación y/o contexto, dependiendo de la condición o grado de intensidad al acercamiento en cuanto a similitud del proceso desarrollado.

Confirmabilidad, el grado de implicación de la investigadora en el estudio, no se ha eludido, en todo caso se extiende la garantía sobre el proceso de la investigación, producto de la información arrojada por los instrumentos aplicados, donde los datos no están sesgados, ni responden a ningún tipo de manipulación de naturaleza personal.

En la investigación se evidencia la muestra de esta afirmación, la cual se expresa en los textos trabajados que se utilizaron en el análisis e integración de resultados correspondientes a la manifestación de los profesionales de enfermería, con respecto al significado del cuidado de enfermería.

Los datos recolectados a través de la entrevista semi estructurada aplicada a los profesionales de enfermería, están a disposición para ser revisados en su integridad por los mismos profesionales.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En éste capítulo se presenta los discursos y el análisis e interpretación en base al referente teórico y los antecedentes de la investigación; sin embargo, previo a ello es preciso presentar el perfil de las enfermeras entrevistadas.

4.1.1. Perfil de las enfermeras entrevistadas

Es importante precisar que se realizó una caracterización de las enfermeras entrevistadas (7) a través de unas preguntas cortas, antes de abordarlas con las preguntas orientadoras como por ejemplo su edad, años de servicio, universidad de formación, especialidad o estudios postgrado, capacitaciones, estado civil, número de hijos.

Así se obtuvieron datos como por ejemplo: Las edades de las enfermeras oscilaban entre 30 y 60 años de edad, 5 casadas, con 1 y 2 hijos, dos solteras, una de ellas madre soltera, 2 enfermeras con grado de magister en salud pública y en enfermería, 2 con especialidad en

paciente quirúrgico, 3 no tienen ningún estudio de postgrado, coincidiendo en ellas, que el motivo de no realizarlos es el factor económico y el rol de madres en relación al cuidado de sus hijos y la educación de los mismos, agregándose además el poco apoyo de la institución para la asistencia a eventos fuera de la localidad, los mismos que en épocas anteriores sí se realizaba.

Al analizar el perfil de las enfermeras del servicio de cirugía en relación a la edad, ésta tiene una relación directa con el tiempo de servicio de las enfermeras en el hospital, con una permanencia laboral en el servicio de 4, 6, 10 (4) y 30 años esta característica estaría relacionándose también con la condición laboral de las mismas donde el 100% de las entrevistadas de este servicio, son nombradas en la institución, han logrado reivindicaciones laborales, están sindicalizadas, gozan de derechos logrados y coincidentemente son las más antiguas del servicio y de la institución, por lo que su estabilidad laboral está garantizada.

La información relacionada con el tiempo de ejercicio profesional se ha considerado de interés tanto para valorar su influencia en las concepciones que guían la práctica, como para observar su relación con la satisfacción profesional. Según la experiencia propia de la investigadora se puede afirmar que el tiempo pasado en contacto directo con los enfermos supone un elemento fundamental en el desgaste profesional, al mismo tiempo que se gana experiencia.

En el aspecto económico, el 100% de las enfermeras entrevistadas de este servicio proceden de estrato socioeconómico entre medio y bajo, alcanzando a través de sus salarios un nivel socioeconómico medio alto. Los salarios oscilan entre 1800 y 2500 soles mensuales y entre

1400 y 2700 nuevos soles esto también está en relación con el nivel alcanzado en la carrera, el cual la mayoría se ubica en el nivel 2. Estos montos equivalen al acumulado entre su sueldo básico y el pago por guardias hospitalarias; el pago de horas extra incrementa sus salarios mensuales. En cambio si salen de vacaciones o tienen licencia por enfermedad o maternidad, dejan de percibir el monto por guardias lo que merma significativamente sus ingresos económicos.

Las enfermeras en esta institución reciben 16 sueldos al año, cuatro sueldos adicionales están contemplados en las categorías aguinaldos, de Julio y Diciembre, por vacaciones y uno por escolaridad, además de dividendos y productividad que les pagan una vez al año

En lo que se refiere a la procedencia, 3 de las enfermeras de este servicio, proceden de la sierra, básicamente de Cajamarca, y 7 provienen de la costa principalmente de Chiclayo. Esto estaría relacionado con una característica propia del país como es la migración, donde los profesionales formados en la sierra, por lo general tienden a migrar a ciudades costeñas, prefieren migrar de sus ciudades serranas para ubicarse en los hospitales de las ciudades de la costa.

Este fenómeno social está sustentado en la tesis de Matos Mar, José (2012), quien dice que “en los últimos 70 años, el país ha vivido una gran revolución de la cultura protagonizada por millones de provincianos del Otro Perú quienes al trasladarse a Lima originaron el mayor cambio estructural contemporáneo”. Cuando menciona a otro Perú, se está refiriendo a la sierra peruana. En su libro: Perú: estado desbordado y sociedad nacional emergente, realiza un análisis de la historia corta del proceso peruano, 1940-2010, revela que:

La migración provinciana de más de ocho millones de habitantes, a Lima y principales ciudades de la costa, y la urbanización basada en barriadas, desarrolladas en el

contexto de un proceso de descentralización interna y globalización mundial, contribuyó a forjar la sociedad nacional que no existía en el país [...] y que este Otro Perú, es capaz de convertirse en la fuerza motriz del gran cambio de estructuras que el país requiere. (Matos, 2012) pp. 573

La universidad de formación de las enfermeras entrevistadas: 5 de las enfermeras se formaron en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque y 2 en la Universidad Nacional de Cajamarca.

Todos estos datos que caracterizan las condiciones sociales y demográficas de las enfermeras en el servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo, contribuyeron en la construcción de un perfil que es de interés de la investigadora para comprender las vivencias y significados de su quehacer profesional, brindando cuidado enfermero, porque, al tener en cuenta sus raíces culturales, las condiciones contextuales, socioeconómicas, de formación y de educación continua, se hacía las preguntas: ¿todas ven el cuidado y el cuidar de la misma manera?, ¿significa lo mismo para todas ellas, sin diferencias por su lugar de origen?

4.1.2. Análisis de los datos

Los mecanismos de objetivación y anclaje, que provienen de la propia dinámica de las representaciones sociales, nos permitieron arribar al núcleo central, objetivo final de nuestra investigación. El primero de ellos da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales y de cómo intervendrán los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones; el anclaje concierne a la forma en que los saberes y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de las

representaciones sociales de dichos objetos mediante una serie de transformaciones específicas.

Fue necesario identificar y desarrollar conceptos a partir de lecturas repetidas que permitieran la comprensión. Siempre se volvió sobre los datos, con el objeto de profundizar más y poder, entonces, proceder a la clasificación por temas o categorías, extraídas de los enunciados significativos; en este caso, se buscaron aquellas palabras o frases que emplearon las enfermeras para describir lo que para ellas significa ser enfermera y brindar cuidado de enfermería.

Dado que categorizar es agrupar datos que componen significados similares y clasificar la información por categorías de acuerdo con criterios temáticos referidos a la búsqueda de significados (Galeano, 2003), a los datos se les buscaron semejanzas o relaciones entre sí, y con ellos se elaboraron conceptos que ayudaron a interpretarlos.

La construcción selectiva: es decir, la retención selectiva de elementos que después fueron libremente organizados. Dicha selección se dio junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realizó en función de criterios culturales y normativos. (Ver anexo E)

A partir del proceso de formación de las representaciones sociales sobre el significado del cuidado enfermero, emerge el núcleo figurativo, formado por cuatro categorías:

1. Reconocimiento del ser cuidado como persona humana en la interrelación
2. Reconociendo la propia naturaleza humana de la enfermera
3. Auto reconocimiento de capacidades de la enfermera

4. Definiendo que el cuidado no es solo ciencia y arte, es la complementación con el “Self” de la enfermera.

CATEGORÍA 1: Reconocimiento del ser cuidado como persona humana en la interrelación

En esta categoría se evidencia la acción de una (un) enfermera(o), dentro de una relación interpersonal y trans-personal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral, que en las palabras de Jean Watson corresponde a: “cuidado humano que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias”.

Esta categoría como se puede apreciar en el esquema, está conformada por las sub categorías que se refieren a las dimensiones de la persona humana.

“Significa actuar de forma humana, de acuerdo a lo que necesita esa persona... al actuar en forma humana con esas personas, que necesitan del cuidado de la enfermera, pero ese cuidado va a ser coherente o de repente va a tener su origen de repente en un problema de salud, no voy al problema de salud, sino a la necesidad derivada de ese problema de salud. Yo pienso que cuando uno lo hace con amor, lo hace con cariño, lo hace con dedicación, todo eso es positivo y la satisfacción te llena... de que estoy haciendo mi trabajo, llego ya a mi casa a descansar, estoy satisfecha...”(Begonia)

En este proceso inter-comunicativo entre dos seres que se reconocen uno al otro, lo que genera un diálogo activo de palabras entre la enfermera (o) y la persona. Tiene como propósito interpretar y conocer al otro:

“lo trataba de escuchar cada vez de sus problemas... le decía échele ganas, ánimo, todo irá bien si pone de su parte” (lirio).

Este testimonio, está respaldado por lo que nos dice Zárate (2004), quien plantea que los cuidados enfermeros se producen en una situación marcada por las interacciones que se producen entre la persona y la enfermera, por lo que las acciones de cuidados adquieren formas polivalentes, flexibles e interdisciplinarias, en las que son fundamentales la formación y los conocimientos de los profesionales, manifestados en las competencias, habilidades, y también las actitudes y valores profesionales. Y es que como afirmaban recientemente Riva, Buendía y Fabrellas, (2008):“las acciones de cuidados son complejas y describirlas requiere narrarlas, por la complejidad de elementos que influyen en ellas” (pp.9-14)

Alvis y col., (2002) refieren que el cuidado de enfermería está orientado a priorizar a la persona donde hay preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. Estos comportamientos involucran a la enfermera en una relación de cuidado “transpersonal “ya que para Watson (2006): “el objeto de una relación transpersonal de cuidado corresponde proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior” (pp. 16-22)

“[...] el cuidado es tener preocupación, es ser responsable ante lo que yo estoy, una persona un ser humano, es cuidar...si es una persona mayor yo podría considerar como a un padre, una madre; si es una persona adulta como un hermano, si son adolescentes como a un hijo,...” (Tulipán)

Cuando la enfermera dice que en el cuidado hay que tener en cuenta la satisfacción de necesidades, en la protección al paciente también expresa que es necesario ampliarlo, hacerlo holístico.

“[...] es un cuidado en el que el paciente debe ser tratado como ser de una forma integral, no es, ..., sino por el tiempo y por la demanda de pacientes. No sabemos si tenemos esa, en teoría de que el paciente es un ser individual, que cada paciente es un ser único, entonces cada persona tiene caracteres y costumbres diferentes que tenemos que ir captando y también tratar...” (Rosa roja)

El paciente cuidado en el servicio de cirugía es considerado como persona cuidada, entendiéndose que persona, es *“un ser en el mundo”*, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu. Los profesionales de enfermería al interactuar con la persona que se encuentra enferma, priorizan en sus acciones los valores, respetando sus sentimientos y comprometiéndose con el bienestar de quien recibe el cuidado. Con eso establecen una relación más auténtica, *siendo con la otra persona*, buscando nuevos significados a partir de lo que es, vivenciado por la persona que se encuentra enferma, esto es que la interrelación es de persona a persona, teniendo en cuenta sus dimensiones física, cognitiva o intelectual, emotiva, social y espiritual, o sea, holística (Watson, 2006), veamos lo que nos dicen las sub-categorías:

a) Sub-categoría: reconociendo la dimensión física de la persona cuidada (Esquema N°6 en anexos H)

Cuando damos una mirada a nosotros mismos y a los otros, lo primero que observamos es la dimensión física, así también cuando determinamos la escala de necesidades, como enfermeras, tratamos de ayudar a satisfacer las primeras, ubicadas en primer orden: las de supervivencia, esto es las fisiológicas; sin embargo con la continua

interrelación vamos percibiendo que la persona necesita satisfacer otras necesidades, porque ella no es solo cuerpo, sino que tiene sentimientos, emociones, espíritu y un entorno, que en la mayoría de los casos es su familia.

Podemos ver en el esquema adjunto (Anexo H), que la sub categoría se formó con los códigos: “tengo que conocerlo”, “hacerlo integral”, entre otros, y a través de los conectores utilizados fue emergiendo,(dentro de las declaraciones de las enfermeras):

“[...] porque es una persona que muchas veces no está en condiciones de darse cuenta, entonces prácticamente está en tus manos, todo su cuerpo no solo la parte física, sino todo su cuerpo todo su ser está en tus manos y confía ciegamente en ti...” (Lirio)

Lirio, nos manifiesta que la enfermera, al tener a su cuidado una persona, la valora en forma integral, diagnostica las necesidades que están alteradas no solo por la enfermedad, determina el grado de dependencia, y se siente comprometida a no perder la confianza que el paciente deposita en ella.

“[...] como la necesidad de dolor, no, que puede ser, porque es inmediato. O sea con mi cuidado puedo administrar un analgésico y alivio el dolor..., con respecto a eso también hacemos educación no, de lo que tengan, no y es todo un proceso que a veces involucra que ellos tengan que cambiar de estilos de vida, su alimentación, los cuidados en la casa, en fin no, entonces ese es el quehacer, el día a día de nosotras, y...” (Violeta)

“...para mi cuidado es darle la satisfacción de las necesidades que requiere el paciente...” (Begonia)

“[...] diario que revisamos las vías para no llegar a las flebitis; previniendo también las neumonías; de levantar a los

pacientes antes de las 24 horas, salvo que tenga una indicación no levantarlos; las nebulizaciones tanto en pre y post operatorio; sus ejercicios respiratorios, no. Y esos detalles nos está llevando a prevenir las neumonías...”
(Tulipán)

El discurso de las enfermeras, acerca de lo que es cuidado, de muchas formas va al encuentro de la satisfacción de las necesidades físicas de los pacientes hospitalizados, “Ayudar a la satisfacción de las necesidades básicas, para aliviar parte de su sufrimiento, de su dolor y de otras demandas, durante la hospitalización, con la realización de actividades que engloban lo afectivo, el compromiso, y sobre todo el acercamiento, la interrelación”. (Watson, 2006).

Torralba (2005) al tratar del cuidado, parte de la idea de que el ser humano es constitutivamente frágil y que, como consecuencia de su indigencia ontológica, requiere ser cuidado desde el momento mismo de su génesis hasta el momento final, pues sólo así puede desarrollar sus potencialidades.

b) Sub-categoría: reconociendo la dimensión social de la persona cuidada (Esquema N°7 ANEXOS H)

La investigadora considera que todas las personas tenemos un entorno, constituido por un ambiente físico, cultural, ecológico, influenciado por nuestro devenir histórico y que al mismo tiempo estos factores tienen influencias positivas y negativas en nuestras vidas y en el proceso del cuidado; es allí, en la interrelación enfermera paciente que se crea un entorno subjetivo y trascendente por lo que ambos se ven influenciados, pero, como nos dice Torralba:

El cuidado no tiene como objetivo conducir al sujeto cuidado a sus horizontes, sino ayudarlo a llegar adonde él quiere

llegar. Con todo, el cuidador no es un sujeto puramente pasivo, sino que, en tanto que ser racional, puede exponer su punto de vista sobre dicho horizonte, pero no puede, sin más, arrastrar al sujeto cuidado a su horizonte personal (Torralba, 2005).

Esta sub-categoría nace de las respuestas de las enfermeras entrevistadas, cuando se refieren al cuidado en la interrelación con su paciente, con los siguientes códigos más frecuentes: *"Tener en cuenta a la familia", "Conocer su cultura" "Es una responsabilidad social, "Tener en cuenta su entorno"*

Las enfermeras del estudio, en su mayoría consideran a la familia, parte principal de la dimensión social del paciente:

"[...] que la familia participe en el cuidado que es importante, porque a pesar de que uno está pendiente del paciente, él siente más confianza con el familiar, pues sienten temor, y más que temor vergüenza de pedirte de repente el urinario, por ser pudorosos... y saber, pues darle al paciente tranquilidad y confianza..."(Rosa roja)

"[...] tenemos que ver no solo con el paciente, sino también con los familiares, los consideramos de mucha ayuda, aunque algunos llegan a dormir por la noche..., algunos familiares resultan ser nuestros paisanos, de nuestra tierra y ya sabemos sus costumbres" (Azucena)

El concepto de persona íntegra, orienta el cuidado, se tiene en cuenta el entorno, el cual se valora como producto histórico, social, político, económico y cultural, y por lo tanto se perciben y evalúan las necesidades de ayuda: *"[...] La elaboración de las Representaciones Sociales moviliza componentes del posicionamiento ante el mundo, hay algo más en ellas vinculado a las circunstancias sociales en que son elaboradas..."* (Jodelet 2004)

Esta Subcategoría, encontrada en este estudio es sustentada, también con los resultados de las investigadoras: Martha Vera Mendoza, en su investigación: “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, cuando concluye:

Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda. (Vera Mendoza, 2011),

“El ser humano necesita ser notado por los demás y no pasar inadvertido por los miembros de su sociedad”, Vera Mendoza (2011) cita a Strauss (2002) quien refiere “las personas son el producto de su cultura, el tiempo en el que viven, el género, la experiencia y la educación dentro de un contexto”, de allí se inician los significados en las personas, en su cotidianidad, esto se da, considero con más fuerza, en el ambiente hospitalario, en el cual el mundo social se reduce.

Y, Muñoz Hernández Yolanda, en su investigación “Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería” pudo concluir que:

El cuidado humanizado significa una atención integral teniendo muy en cuenta la parte humana del paciente, afirman que debe brindarse independiente de que la persona esté sana o enferma y además consideran que es sentir sin involucrarse con el enfermo, permitir la expresión de sentimientos de la persona a quien se cuida y respetar su entorno familiar y personal. (Muñoz Hernández, 2009)

c) La sub-categoría: reconociendo la dimensión psico-emocional de la persona cuidada (Esquema N°8 ANEXOS H)

En la experiencia de la investigadora en el cuidado asistencial, en la interrelación, cuando se brinda el cuidado en forma integral, de manera continua se establece una relación estrecha con ese espacio que pasa a impregnarse, tanto en la persona que cuida como en la persona cuidada en las actividades, emociones, sentimientos, entendidas en su sentido más amplio, ya que abarcan desde la subjetividad y la conciencia del ser cuidado. En esta dimensión, se considera que se tiene en cuenta no solo la salud, sino también los sentimientos, los pensamientos, los derechos humanos, dentro de ellos, los derechos de ser paciente, los que generan poderes positivos, poderes personales y colectivos que permiten a las personas hacer uso de bienes y recursos indispensables para el desarrollo de su autonomía personal y profesional

Esta sub-categoría se formó al considerar los frecuentes códigos: “escucharlos”, “empatía”, “compromiso”, “sensibilidad”

“para mí es un aprender día a día, porque pienso que la enfermera no es solo poner una inyección, llenar un registro, hacer una nota, sino es interrelacionar y empatizar con los pacientes no, el ponerme en el lugar, ósea si yo estuviera ahí acostadita como él, o estuviera con el tipo de cirugía, que a veces son tan complejas, ¿qué haría yo?, ¿cómo me sentiría?, en base a eso, yo, yo te soy sincera ...y yo empiezo hacer mi trabajo...” (Rosa roja)

“Para mi cuidar significa que yo atienda a los pacientes con amor, que los pueda ayudar y sobre todo escuchar que eso es lo que más desean cuando están en el servicio...sobre todo los de cáncer que son los que más sensibles, lo necesitan” (Margarita)

“es una dicha realmente atender a pacientes o a personas a quien podamos servir o mejorar su calidad de vida con

nuestra ayuda o simplemente con una palabra, que lo ayudemos...” (Azucena)

“A la valoración del paciente ahí uno controla y ahí aprovecha para conversar con el paciente..., Y más que todo últimamente en las personas de la tercera edad, donde tienen más complicaciones y desean ser escuchados...” (Tulipán)

“[...] entonces trasciende en la medida, que tu logras que esa persona sepa y esté consciente de lo que tú le vas dar y él va a recibir, sabiendo que es de su beneficio, o sea en esa medida yo lo considero...” (Lirio)

Los relatos y las consecuencias en esta sub categoría tienen coincidencia con lo que Barbosa de Pinho Leandro y Azevedo dos Santos Silvia, en su investigación Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, tienen como una de sus conclusiones:

En relación al discurso de los familiares y del paciente, sentimos que da razón a sus necesidades psico-emocionales durante el proceso de internamiento en la UCI. También parecen levantar una dimensión práctica de la realidad institucional de cuidados, cuando se aproxima y complementa el discurso de los enfermeros que trabajan en la unidad (Barbosa, y col, 2006)

d) La sub-categoría: reconociendo la dimensión espiritual de la persona cuidada (Esquema N° 9. ANEXOS H)

En esta sección, la investigadora manifiesta que las personas, en muchas ocasiones nos referimos a que nuestro cuerpo tiene un “alma”, por ejemplo manifestamos que “amamos con toda el alma”, se refiere a que existe algo muy íntimo, subjetivo que guía nuestra predisposición a hacer o a manifestar lo que no es evidente a simple vista, y es en el cuidado donde se ponen de manifiesto, tanto en la enfermera como en el paciente, donde las circunstancias durante el proceso de vida,

enfermedad y muerte las hacen aflorar. Es importante también decir que lo subjetivo está influenciado por la experiencia de vida, donde ha intervenido la cultura, los valores, las creencias, la religión, entre otros.

Entonces, cuidar del otro significa velar por su circunstancia. La circunstancia no es un elemento accidental en la configuración de la persona, sino un factor determinante para comprender por qué actúa como actúa, no se refiere únicamente al conjunto de factores sociales y económicos que rodean una existencia humana, sino también al ambiente espiritual, a los valores, creencias e ideales que subsisten en un determinado contexto y que influyen en el proceso de realización de la persona

Otra mirada que nos da idea de la diversidad de visiones sobre el constructo “*cuidado*” es la desarrollada por Watson (1988) describe el concepto de cuidados basado en postulados relacionados con la espiritualidad de la persona, ella se refiere a dos elementos asistenciales importantes que son: “la asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas” y la “provisión de un entorno de apoyo, de protección, y/o conexión mental, física, sociocultural y espiritual”

Esta Subcategoría: reconociendo la dimensión espiritual de la persona cuidada, nace de los siguientes discursos:

“... cuidado... no lo veo como nos han enseñado en la universidad y lo dice la teoría, que es un cuidado holístico, es un cuidado en el que el paciente debe ser tratado como ser de una forma integral, no es, no se ve eso no...el paciente es un ser individual, que cada paciente es un ser único, entonces cada persona tiene caracteres y costumbres diferentes que tenemos que ir captando y también tratar de manejar día a día del trabajo...” (Rosa roja)

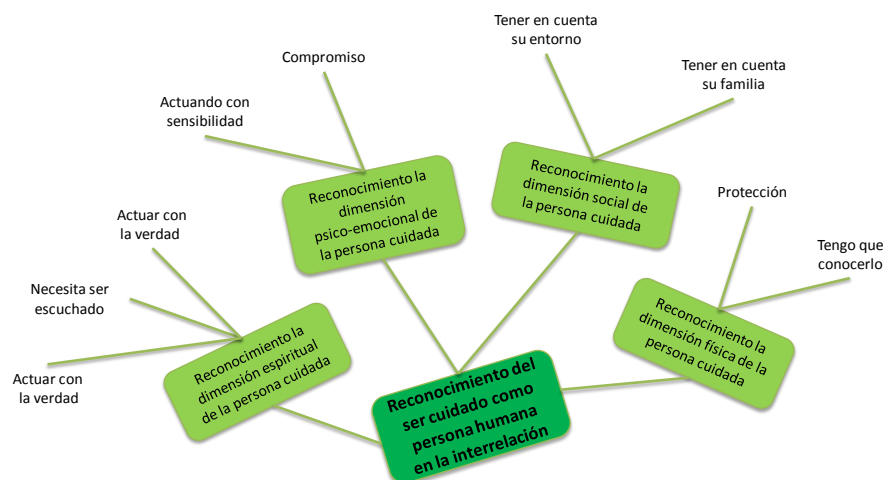
“Para mi cuidar significa que yo atienda a los pacientes con amor, que los pueda ayudar y sobre todo escuchar que eso es lo que más desean cuando están en el servicio, muchos se quejan de que no les hacen caso...” (Margarita)

“[...] es fomentar los valores, sobre todo la verdad, sobre todo la verdad, porque así vas a respetar su autonomía, vas a ser justa; la verdad es un valor muy importante para el trabajo de enfermería, en lo que dices, lo que escribes y lo que haces...” (Lirio)

Resulta especialmente llamativa la importancia que adquiere la relación entre la enfermera y el enfermo, en la dimensión más mencionada, sobre la concepción de cuidado enfermero. Y es que como afirman Fernández, Barbosa y Prado (2007) en el cuidado enfermero *“la dimensión humana va más allá de la perspectiva técnico científica”*. Esta relación es puesta de manifiesto como un elemento imprescindible para el éxito de los cuidados en diferentes escenarios.

La persona es una totalidad, no una simple suma de cualidades. Desde la perspectiva de la orientación antropológica el paciente no sólo tiene una parte somática, psicológica y sociocultural, “posee también una parte espiritual que le da unidad y lo integra al mundo de los valores y los principios fundamentales de la vida”. (Cornejo, 1997)

El paradigma de la integración, abrió el camino a la investigación del espacio cultural que comparte la persona, y Leininger en su Teoría transcultural del cuidado, ubica a la enfermería y sus prácticas en este espacio, pues para organizar las conductas cuidantes, debe tenerse en cuenta los valores y las creencias culturales de los individuos y grupos, permitir que las personas propongan sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para las acciones y decisiones profesionales válidas (Torralba, y Roselló, F. 1998).



Esquema N°1: Reconocimiento del ser cuidado como persona humana en la interrelación (podemos apreciar que el núcleo central: reconocimiento del ser cuidado como persona humana es la categoría y las ramas periféricas son las 4 sub categorías)

CATEGORÍA 2: Reconociendo la propia Naturaleza humana de la enfermera

La investigadora, considera que esta categoría, emerge de las experiencias de las enfermeras en la cotidianidad del cuidado, y se debe a que todo hombre es persona, es un ser integral, totalitario, único e irrepetible, que involucrado en un contexto particular piensa, siente y actúa de acuerdo con un conjunto propio de valores, creencias, prácticas, características y experiencias a lo largo de la vida, que lo hace mucho más de lo que a simple vista es observable, este reconocimiento se hace evidente, cuando la enfermera es consciente de que necesita estar bien física, emocionalmente fortalecida, porque no puede pasar, sin sentir, sin involucrarse, comprometerse con la persona cuidada.

La naturaleza humana de la enfermera, entendida por la investigadora como lo manifestado por Alicia Grasso (2005): La corporeidad es la integración permanente de múltiples factores que constituyen una única entidad. Factores psíquico, físico, espiritual, motriz, afectivo, social e intelectual constituyentes de la entidad original, única, sorprendente y exclusiva que es el ser humano: Soy yo y todo aquello en lo que me corporizo, todo lo que me identifica. Nuestra corporeidad está presente aún cuando nosotros no lo estamos físicamente...

Todas estas dimensiones se evidencian en el testimonio:

“Si gracias a Dios me siento feliz, solo le pido que me de salud para continuar trabajando, porque mis hijos están pequeños y me necesitan y tengo gastos que hacer por muchos años, fíjate que aun no termino mi tesis de la especialidad, no tengo tiempo.” (Margarita)

De acuerdo con Watson, (1979) el ejercicio profesional de la enfermería se soportan en diez elementos asistenciales, dos de ellos son la “Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos”, y el “cultivo de la sensibilidad hacia sí mismo y hacia los demás”

Cuando abordamos la “relación de ayuda”, “ayuda mutua” percibidas por ambas personas en la interrelación de cuidado que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente y para la enfermera, ésta corresponde al elemento asistencial de Watson: “Desarrollo de una relación de ayuda-confianza”

La tendencia a actuar de las personas de cierta manera depende de la fuerza de la expectativa que la acción pueda estar seguida de algún resultado, y del atractivo de este resultado para el individuo, es decir,

que las personas estarán motivadas a esforzarse cuando crean que de su esfuerzo se derivará una buena evaluación de desempeño, lo cual le proporcionará recompensas, que en el ejercicio de enfermería son satisfacciones subjetivas, pero va acompañado, muchas veces de cansancio físico, de reconocer que en este proceso de cuidado se hace evidente la naturaleza humana de la enfermera en su totalidad. Por lo que se presentan las sub categorías:

a) **Sub-categoría: Reconociendo la imperfección humana de la enfermera en su dimensión física**(Esquema N°10 ANEXOS H)

La enfermera es un ser humano, así lo reconocen las enfermeras entrevistadas, y como tal tiene rasgos, aptitudes y actitudes que lo diferencian y lo ubican como un ser único, inmerso en un medio ambiente, dentro del cual busca una interacción armónica e integral de sus dimensiones, con el fin de funcionar en torno a la totalidad del ser, es así que ellas tienen una dimensión física, fuerte, a veces frágil, ya sea por afecciones o por los años de vida que les traen cambios. Así, lo hacen evidente cuando manifiestan:

“[...] claro que hay fatiga...el personal está dispuesto a trabajar 150 horas al mes es bastante respetable para un enfermera, porque más horas al mes significa que tú misma te desgastes y ese desgaste lo transmitas al resto. Si estás cansada obviamente no le vas a transmitir esa alegría, ni fortaleza, ni entusiasmo, sino tu cansancio...” (Lirio)

“[...] el trabajo en el servicio es duro, salimos cansadas, ya hay varios descansos médicos en esta temporada,...pero tenemos que seguir dando cuidado a tantos pacientes que llegan con la esperanza de que nosotros les ayudemos” (Margarita)

“yo, por ejemplo que tengo un problema de salud, hay gente que me ha enseñado mucho a confiar mucho en Dios; que

me ha enseñado que lo que yo tengo es superable en relación a otra gente. Hay gente que cuando tú llegas a interactuar con ellos, la persona te conoce; entonces tu llegas y, te dicen le pasa algo...” (Lirio)

Estos testimonios, nos reafirman lo que Sgreccia (1999) nos dice que: “La persona es una realidad integral, ella va mucho más allá de ser definida solamente como autoconciencia, obviando la corporeidad y la subjetividad global”, sostiene que no es posible desvincular a la persona de su propia corporeidad y que no se deviene persona solamente por haber alcanzado suficiente grado de autonomía, de competencia comunicativa o de actividad consciente, con lo cual, la investigadora está totalmente de acuerdo, sin embargo para efectos de análisis, decimos que la enfermera necesita identificar su corporeidad, sus condiciones, sus limitaciones, ya que en el cuidado demuestra todo su potencial, así como identifica sus debilidades, en este caso físicas, cuando se trata de actividades con el paciente.

Si bien es cierto que a la persona no se la puede dividir, pero para efectos del análisis, en este estudio separamos la corporeidad de las otras dimensiones del ser humano

b) Sub-categoría: Auto-reconociendo la dimensión social de la enfermera (Esquema N°11 ANEXOS H)

Esta Subcategoría, al igual que las anteriores, emerge cuando se identifican los códigos representativos y se van repitiendo en los testimonios de las enfermeras, al manifestar sus experiencias con respecto al cuidado, como personas que al igual que lo hicieron con la persona cuidada, ellas también auto reconocen sus dimensiones, las cuales se ven involucradas, una de ellas es su dimensión social, lo cual se revela:

“cuando ya no estoy en el hospital sino en mi casa, donde tengo a mis padres que están mayores, que merecen de cuidados especiales, entonces se da todo el conjunto que se da para eso, no, ser enfermera es parte de mi vida y no lo dejaría...” (Lirio)

“ser enfermera, en mi vida siempre ha sido prioridad, en la comunidad, en el hospital...y claro se ha ido de mi vida personal, pero como te digo, a veces por mis excesos también, porque a veces con nuestra juventud y todo no vemos la necesidad que tiene la familia de uno, no, claro pero sin abandonarla, pero igual como que siempre ha sido mi fin,...” (Azucena)

El conjunto de prácticas sociales están relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social. En el caso de esta investigación, son enfermeras que vienen laborando entre 8 y 30 años en el servicio tomado como escenario, les da la suficiente experiencia para reconocer que su dimensión social, conformada especialmente por su familia, sus costumbres, el estado civil, la presencia de hijos en el hogar, otros roles que tienen que desarrollar, tiene influencia directa en el cuidado, ya que como dice Duque Sonia:

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana y social, y en la relación dialógica y de interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte (Duque, 2005).

c) Sub-categoría: Auto-reconociendo la dimensión psico-emocional de la enfermera (Esquema N° 12 ANEXOS H)

Las enfermeras necesitan observar conductas saludables que les permitan afrontar situaciones de estrés, de crisis, de des-adaptabilidad

a través de manejos adecuados de auto-cuidado, afrontamiento, adaptabilidad, a fin de aproximarse a una vida más sana y con mejor calidad, para poder dar calidad de cuidado. Ellas reconocen esta dimensión y refieren que necesitan reforzarla.

“Desde un principio la psique del hombre, es un producto histórico-social y se forma en el proceso que lleva al ser humano a dominar las formas de actividad...Se presenta directamente bajo el aspecto de fenómenos del denominado mundo subjetivo del hombre accesibles a la introspección, sensaciones, pensamientos...” (Rosental 2011), de igual modo si se entiende que las emociones son parte de la totalidad humana, que son la parte afectiva ante una situación, estimulante interna o externa y que al mismo tiempo está influenciada por factores cognitivos y su interacción con los componentes fisiológicos del ser humano, se puede comprender las respuestas de las enfermeras, en la interrelación con los pacientes:

“[...] pero también podemos abordar a alguien cuando vemos a nuestra familia, nuestros hijos, nuestro amigo; ya viéndome como una enfermera que no solo puedo ayudar colocando un medicamento, sino también mental y psicológicamente. Eh.....es una forma de ayudar y también esa persona da gusto que te mire que te ayude y que te diga gracias. El que por lo menos ya te diga sabes que desde que empecé mi tratamiento ya me estoy sintiendo bien, no, con tan solo un gesto te ayuda..., Eso te ayuda en aumentar tu autoestima, no, porque por lo menos soy importante para ese paciente, y no sé, al menos a mí me entusiasma eso de ese paciente, esa muestra hacia uno.” (Begonia)

“[...] sí, claro, muy satisfecha y te diré que con cosas pequeñas. Tengo muchas experiencias, anécdotas, no. Gente que se puede dar cuenta de mi estado anímico, no, y hay gente que me ha dado la mano, y me ha dicho Srta., paciencia, ya se va a sentir mejor. Hay gente que estando tú como enfermera te da la mano y se vuelve al revés, no. Es como que ellos te estuvieran dando ayuda a ti. Y lo otro es que hay gente que te da una sonrisa cuando se recuperan

te dan las gracias...hay muchas cosas para sentirse agradecido, hay muchos que después de pasar unos días te dicen gracias, no. Hay muchas cosas como para uno estar agradecido..." (Lirio)

[...] preparación, porque hay cosas que no los llevas en la universidad, pero más la parte, el área emocional. De repente algo que te ayude, por el hecho de ser enfermera, porque todas las personas no tenemos la misma parte emocional, algunas somos más frías, otras más nerviosas, y no sabemos controlar las emociones, entonces no se puede; claro que somos humanos, con errores, no todas..., entonces nos tenemos que capacitar también en esa parte, para poder, lo que quiere un paciente es apoyo, o de repente que seas un aliado; que seas realmente una enfermera o cuidador," (Rosa roja)

En otro momento de la entrevista se pudo escuchar:

"Yo pienso, yo me siento, yo aprendo, me enriquezco y me fortalezco porque crezco como persona, porque el hecho de que el paciente te exprese de repente o sea la mejoría, más que nada, eso es lo que a ti te hace sentir satisfecha..."
(Rosa roja)

En el quehacer diario de la enfermera, en su ejercicio profesional, ella debe enfrentarse a situaciones de sufrimiento, dolor, ante la enfermedad y la muerte y es en esta interrelación, en ese compartir emociones, sentimientos y pensamientos que ambos se confortan, se ayudan, creciendo como personas, fortaleciéndose emocionalmente, estas situaciones abordadas en este estudio, están sustentadas en la teoría de Jean Watson (1988) en donde manifiesta que el cuidado se da en una relación de ayuda y satisfacción de necesidades humanas. Desde aquí va naciendo el significado que tiene el cuidado para la enfermera.

d) Sub-categoría: Auto-reconociendo la dimensión espiritual de la enfermera (Esquema N° 13 ANEXOS H)

La espiritualidad es parte de esa totalidad, de la persona, la cual podría dejarse de lado por el nivel de complejidad que la caracteriza, por su naturaleza intangible y variable, por la variedad de formas como la experimentan las enfermeras en los distintos momentos del cuidado y por las múltiples expresiones que presenta, como el pensamiento, sentimientos, juicios, creatividad y su relación con los aspectos no materiales de la vida

Actualmente, desde una perspectiva científica, la dimensión de la espiritualidad humana es puesta en evidencia en el desarrollo de teorías de enfermeras actuales, como la de Jean Watson, que guía nuestro estudio. Ella manifiesta que los cuidados están basados en la dimensión espiritual de la vida de la persona y la importancia de ésta en los procesos relacionados con las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad. Develando la subjetividad de las enfermeras, se pudo comprender lo que sentían las enfermeras, ante las preguntas: ¿qué significa para ti ser enfermera?

“[...] es la satisfacción que tengo de ser enfermera, con lo que yo he podido brindar a las personas que he cuidado y les puedo decir que he tenido un poco de suerte [...] una experiencia muy rica en el cuidado de las personas, [...] Para mí es una satisfacción [...]Sí, yo me siento, yo me siento muy feliz, ó sea me siento no sé cómo explicarlo, siento que mi trabajo que desempeño me da felicidad, también me da mi status profesional, me da felicidad, me da mi lugar y el respeto que tengo del equipo de salud que me merezco el de trabajar como enfermera. Y yo siento que para ganarse el respeto hay que trabajar bien...” (Begonia)

“Enfermera es una persona, que siempre ha de contar, con nuestra sensibilidad, es decir cuidar sin distinción de razas, ni edades.,[...] a la valoración del paciente ahí uno controla y

ahí aprovecha para conversar con el paciente, [...] o sea parte de ser enfermera, es aparte de todo los conocimientos, es también tener esa sensibilidad...” (Tulipán)

“...ser enfermera, me siento una persona que con el trabajo de mi labor diario ayudo a las personas...” (Violeta)

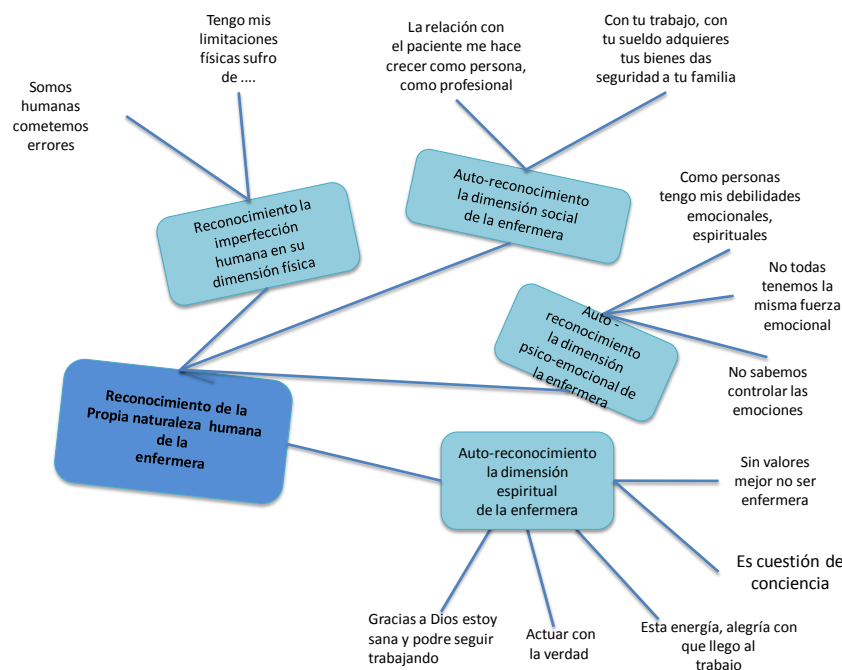
Esta sub categoría, también se sustenta en lo que manifiesta Moscovici:

Aquí y allá existe una tendencia a considerar que las R.S. son reflejo interior de algo exterior, la capa superficial y efímera de algo más profundo y permanente. Mientras que todo apunta a ver en ellas un factor constitutivo de la realidad social, al igual que las partículas y los campos invisibles, son un factor constitutivo de la realidad física. (Moscovici, 1986).

El fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de su historia, está constituido por las creencias, vivencias, experiencias ampliamente compartidas, los valores considerados como básicos y las referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad.

La perspectiva de las teóricas en enfermería como Watson, Neuman, Newman y Roy contribuye a la conceptualización de la espiritualidad con los conceptos como: el autoconocimiento de auto fortaleza, capacidad de trascendencia, armonía entre cuerpo, mente y espíritu, potencial humano, trascendencia del límite físico a la dimensión espiritual; de esta forma se potencia el sentido de la interacción entre la enfermera y el paciente con el fin de encontrarle sentido a la existencia y a las diferentes situaciones particulares que se vivencian en forma adversa, visionar un porqué y un para qué de una situación particular relacionada con el cuidado de la salud humana, de tal forma que este

binomio puede trascender hacia el bienestar a través del que podría ser denominado cuidado espiritual. (Marriner, 2007)



Esquema N° 2: Reconocimiento de la propia naturaleza humana de la enfermera (como núcleo central y cuatro sub categorías que representan las dimensiones de la enfermera como persona humana en la interrelación del cuidado)

CATEGORÍA 3: Auto-reconocimiento de capacidades de la enfermera

En este estudio se pudo identificar esta categoría cuando las enfermeras reconocen que para brindar cuidado, ellas deben estar capacitadas tanto en conocimientos como en el uso de la tecnología, la comunicación y que en medio de todo ello, la práctica de la ética es indispensable. Es en la práctica del cuidado en que tanto la enfermera como la persona cuidada advierten si la cuidadora está o no capacitada

para dar un cuidado de calidad, que ayude a satisfacer sus necesidades alteradas, este resultado coincide con el estudio que realizaron Daza de Caballero y Medina, Luz (2006) en el que describen e interpretan el significado sobre el cuidado de Enfermería, que tienen los profesionales de una institución de tercer nivel de atención, recurrieron a los referentes conceptuales estableciendo las categorías deductivas: ¿Qué es Enfermería? ¿Qué es cuidado de Enfermería? ¿Y cómo se aborda el cuidado? Y concluyeron: Los profesionales asumen la enfermería, como profesión la cual exige una formación basada en conocimientos y habilidades técnico–científicas. No se encuentra un concepto único de cuidado. Una tendencia está orientada hacia la búsqueda de bienestar y otra hacia la resolución de problemas. El cuidado se centra en el proceso de enfermería.

Las reflexiones en esta línea siempre han estado presentes desde los primeros análisis de la enfermería como disciplina. Simas (2008) resumía el problema de la enfermería en que:

La actividad enfermera ha debido afrontar la lucha de buscar un estatus profesional reconocido” y añadía que “para lograrlo, las enfermeras deben demostrar que han satisfecho las exigencias que la sociedad impone a una profesión, a saber: autonomía, pericia distintiva y control de la práctica y la formación (Simas 2008)

Resulta evidente la existencia de dificultades y confusiones a la hora de interpretar la imagen profesional por parte de las propias enfermeras. En este sentido Camaño y Felipe (2004) desarrollan la idea de que la causa puede estar en la creencia de que todas las enfermeras tienen que ser iguales en términos profesionales de conocimientos, intereses y objetivos, lo que no es posible, al igual que no lo es en ninguna otra profesión, ya que las prioridades humanas responden a las particularidades de cada persona y así la carrera en el ejercicio

profesional que cada persona elige seguir es propia, con una base común compartida por todo el colectivo pero, con unos itinerarios y unas implicaciones profesionales y de desarrollo personal que son diferentes.

Después de escuchar los testimonios, como respuestas a las preguntas orientadoras, utilizadas, se ubicaron los códigos, luego en este análisis ideográfico y nomotético emergió la categoría: Auto reconocimiento de capacidades de la enfermera en la práctica del cuidado y cuatro sub categorías que se presentan:

a) Sub-categoría: tener conocimientos científicos actualizados
(Esquema N° 14 Anexos H)

Las enfermeras del servicio de cirugía, entrevistadas para este estudio, manifestaron que necesitan tener conocimientos actualizados, que les falta capacitación continua, varias de ellas no tienen cursos de actualización ni postgrados, que hacen esfuerzos por auto capacitarse, porque reconocen que es fundamental estar actualizadas para el ejercicio profesional; y así lo manifiestan:

“[...] tengo que saber la parte científica no, por ejemplo que es una ileostomía y que cuidado debo tener, cuánto tiempo lo debe tener, quizás tiene un catéter central o una gastro-enteral, en fin no, tiene sus drenajes, con sus clampajes y su contenido...” (Violeta)

“[...], yo creo que esa enseñanza del día a día y la experiencia enriquece bastante para mejorar el cuidado. Y ya no lo haces empíricamente no, sino ya lo haces sabiendo que lo haces bien y si no lo haces es porque sabes que algo malo ha pasado...” (Azucena)

“[...] me siento realizada, de repente, pero yo pienso, que puedo dar más y que me falta todavía, capacitarme, de repente,... poder hacer mi labor en otra área, no, que

todavía, no lo he podido ejercer, quizás en el área de docencia o en el área administrativa, no, porque toda mi labor se ha ejercido en el área asistencial; y yo pienso que sí, todavía me falta, todavía me falta ejercer, primero capacitarme, no, para poder hacerlo y lograr las metas que tengo propuesta, y que todavía me falta” (Rosa roja)

Estos testimonios nos hace reflexionar sobre lo que al respecto nos dice Medina (2005), basándose en diversos autores, afirma que “*el saber enfermero es caracterizado epistemológicamente como conocimiento práctico*”, y añade que los juicios que llevan a cabo las enfermeras son simultáneos a la acción y tan importantes como el conocimiento teórico que se adquiere durante el periodo de formación. Coincidiendo en lo fundamental con este autor, el interés del presente trabajo es identificar el conocimiento implícito en la práctica enfermera que generalmente permanece invisible, incluso para las propias enfermeras, que expresan dificultad para adoptar y aplicar las estructuras teóricas en la práctica clínica, y que conjuntamente con otros conceptos hemos de obtener la representación social del cuidado de enfermería

Así mismo se coincide con Daza y Medina (2006) en su investigación sobre el significado del cuidado de enfermería, en relación con el concepto de Enfermería, encontraron que:

La tendencia más fuerte estuvo orientada a definirla como una actividad profesional, lo cual denota un reconocimiento por parte de los profesionales, de una actividad que es aceptada socialmente, que tiene un código de ética, un respaldo jurídico y que se fundamenta en una serie de conocimientos científicos y humanísticos que permiten su ejercicio liberal y autónomo acorde con los desarrollos actuales de la sociedad... (Daza y Medina 2006).

b) Sub-categoría: desarrollar la práctica de cuidado

(Esquema N° 15 Anexos H)

El campo ocupacional de la enfermera, en la región Lambayeque es mayor en el área asistencial hospitalario, es allí donde se encuentran las enfermeras en estudio, la mayoría de ellas tiene más de ocho años de experiencia profesional, sin embargo no todas tienen las mismas, habilidades en los procedimientos, en comunicación, entre otros, la investigadora, formó parte de este equipo, por lo que puede afirmar que la experticia, es solo parte de la actividad de cuidar.

El desarrollo de la práctica del cuidado involucra demostrar competencias profesionales y demostrarlas en la satisfacción de las necesidades de los pacientes y en las propias del profesional, eso se reafirma cuando las enfermeras manifiestan:

“[...] en el servicio la mayoría de cirugías que se ven ahora, son cirugías oncológicas, son cirugías complejas que día a día hay nuevas técnicas quirúrgicas y que debemos de estar pues a la vanguardia de los adelantos para poder brindar el cuidado no, porque ahora ya las cirugías son...y tenemos que estar pues pendientes del cuidados que se pueden derivar, como hemorragias; el tipo de sonda que se pueda manejar, que se pueda colocar en los pacientes. Sí creo que es importante, te hace crecer también como profesional y para que puedas también cumplir tu labor” (Rosa roja)

“...es dar la atención que yo hago, es la actividad, o el accionar mío al cuidar a un paciente, al dar el cuidado es dar la atención que se merece, que el necesita para satisfacer sus necesidades...” (Violeta).

Kérrouac (1996) manifiesta que: “La ausencia de un marco teórico y metodológico en la práctica hace confusa la identidad profesional”, coincidiendo con Ramío (2005), respecto al cuidado y su práctica:

“se caracteriza por la adopción de valores y actitudes profesionales, además del conocimiento experto, y habilidades propias [...] En la escala de valores profesionales priorizan los valores altruistas y de dignidad de la persona. Un factor central que ayuda al proceso profesional, es la ayuda de las/os profesionales expertas. Es una ayuda altruista, espontánea, voluntarista y no reconocida por las instituciones sanitarias (Ramió, 2005 pp. 172)

Así mismo, es importante internalizar la guía de Watson (1988) refiriéndose al hacer técnico, que si bien se considera como un elemento importante, en la práctica del cuidado, solo no es suficiente para garantizar la calidad del cuidado profesional, sino que requiere la verdadera interrelación, en la que enfermera y paciente se reconocen y les une lazos de afectividad.

En una investigación realizada por Daza, Torres y Prieto (2005) se estudia el concepto de cuidado en relación a tres dimensiones: 1) interacción, 2) participación y 3) afecto, desde la doble perspectiva de su significado para los pacientes y las enfermeras. Estas autoras encuentran evidencias de que existe un distanciamiento entre los aspectos teóricos, desarrollados por diferentes teorizadoras y los aspectos prácticos, entendidos como las vivencias de los profesionales y enfermos.

En el desarrollo de la práctica de la enfermera, se hace referencia al desempeño de enfermería, identificado entre ellas mismas y manifestado por palabras de agradecimiento de los pacientes, reconocen que tiene influencia los años de experiencia, la capacitación continua, el trabajo con alegría, con amor, con entrega, así como también reconocen las debilidades existentes.

El hacer de la enfermera, hace referencia a su óptimo desempeño identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo, además su desempeño es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo, cumple con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue la indicaciones del tratamiento, brinda apoyo a sus compañeras, trabaja en equipo y, muestra capacidad de liderazgo frente al grupo, (Alvis, 2002).

c) Sub-categoría: saber ser en el cuidado

(Esquema N° 16 Anexos H)

Actualmente es frecuente encontrar reflexiones como las de Arroyo (2001) y Quero (2004) con las que pretenden evidenciar que además de los aspectos científicos y técnicos las enfermeras necesitan “algo más”, destacando *ambas* autoras el humanismo como valor necesario. A mi entender considero que en ello están considerados los valores personales, los sentimientos, de la enfermera, esto es que está involucrado lo más íntimo de la persona, lo subjetivo, que se manifiesta en la interrelación con la otra persona, en este estudio, con los pacientes, como está evidenciado en los testimonios:

“...pero yo pienso que ya, no sé, es una cuestión de madurez, no sé, o de valores..., es tu formación, no, es tu casa, eres tú. Por ejemplo eso de respeto ya si lo tenía pero más ya me ha ayudado las charlas de mis hijos que dan en el colegio. Y he llegado a valorar más a personas y a mi misma no. Y estamos en una realidad que cualquier momento podemos ser pacientes. Y a veces, digo ¿te gustaría que te traten así? (Violeta).

Esto nos hace reflexionar acerca de que en la práctica profesional se detectan factores que agravan la situación de inexperiencia profesional: ser la única enfermera en un servicio con 30 pacientes; el trabajo de noche, el trabajo en unidades con pacientes especiales; sus diferentes vivencias tanto como enfermeras, como siendo madres de familia, pero que sin embargo, mantienen una jerarquía de valores en la esencia del cuidado que está relacionado con la práctica de ellos, tales como responsabilidad, honestidad.

“el ser de cada persona, no ó sea como es, su carácter, eso yo creo que no; eso es innato de cada uno...” (Begonia)

“[...] es también parte de formación no, lo que uno trae, lo que uno trae de casa, lo que uno vive, formarnos de acuerdo al tiempo, lo que uno tiene con la experiencia y los años, este, claro que si los valores es muy importante, te hace ver como una enfermera como una enfermera correcta, enfermera responsable, honesta” (Rosa roja)

Se revela que el cuidado va mucho más allá de procedimientos, de actividades, en él se ponen de manifiesto la empatía, la reflexión y se coincide con lo que Leonardo Boff, refiriéndose al significado de cuidado, dice: “El sentido de cogitare cogitatus es el mismo de cura y cuidado, y por su propia naturaleza, posee significaciones básicas que están íntimamente ligadas entre sí como: pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y hasta de preocupación por el otro en una relación de involucramiento y afectividad” (Boff, 2005)

d) Sub-categoría: saber convivir en la interrelación del cuidado

(Esquema N° 17 Anexos H)

Los significados de la vida, de la cotidianidad social se forman en la interrelación entre personas y como forma superior de intersubjetividad, de allí que el “Saber-convivir” (conocimiento por experiencia, también denominado saber del “saber estar”, corresponde al conjunto de normas, valores, actitudes y circunstancias que permiten interactuar con éxito en el medio social). Empíricamente se sabe que el saber convivir es la forma de lograr la convivencia, la interrelación armoniosa en la sociedad.

El conocimiento, el arte, el “Self” de sí misma, de la enfermera, al ser utilizados como instrumento de su cuidado, puede permitirle reconocer la entereza del ser humano, sus limitaciones, potencialidades y posibilidades, propias y de la persona cuidada, esto es evidenciado, cuando las enfermeras manifiestan:

“hay a veces situaciones en que nos ponen a prueba, no, nos ponen a prueba y uno saca a relucir, se puede decir el nivel de, formación...” (Azucena)

“[...] me preocupa, porque si es que uno se está poniendo en el lugar, como familiar estarías ahí. La señorita no viene, a ver qué pasa, es lógico, no, a veces,..., tienen razón, tienen razón, es comprensible. Nosotros también debemos tener paciencia, ser tolerantes no, para no entrar en esas discusiones o enfrentamientos que se dan...” (Rosa roja)

Se considera de vital importancia dejar sentado que la convivencia es el principio de la sociedad porque sin esta voluntad ninguna forma de organización social es posible, por lo tanto aprender a convivir, implica aprender a conocer y respetar al otro, a construir acuerdos, a escuchar, a encontrar soluciones consensuadas, siendo solidarios cuando nos

solicitan ayuda y resolviendo mediante el dialogo y de manera práctica los conflictos que se presenten.

Así también es importante compartir vivencias, experiencias y sentimientos, sustentándolos en valores como la comprensión, esto es colocándonos en el lugar del otro, la aceptación, o sea interactuar con los demás, aceptándolos tal como son y la tolerancia, que quiere decir incluyendo en nuestros proyectos a otros y a otras que hasta pueden pensar de diferente manera a nosotros.

“si uno trabaja, entonces debes estar pendiente de todo el servicio. Porque de repente hay cositas que se nos puede ir, al momento de la visita, pero si la ronda lo haces de todo, de todo el servicio, entonces que vas a decir mi lado, eso sí se ha escuchado y con las que trabajas, no es mi paciente, o es mi lado, no, entonces yo no. Por ejemplo, vienen y te dejan una orden de laboratorio, y dicen con el paciente tal y dicen a no, no es mío, por favor déjalo ahí. Siempre se recibe no la orden, sea del lado quien sea, porque al final es para el paciente, él es que necesita eso, y no estar de mi lado, entonces, definitivamente no se ve trabajo en equipo...”
(Rosa roja)

Domínguez, Alcón (1983), desde una perspectiva sociológica, describe como factores significativos en la evolución de las profesiones la influencia de aspectos filosóficos, religiosos, sociales, técnicos, políticos, legales, económicos, educacionales, de la práctica cotidiana y de valores y creencias.

“[...] señorita que bueno que la veo, que la vuelvo a ver o que bueno que le toca de nuevo, entonces eso para ti es un elogio, te digo es algo positivo que también te enaltece y te esfuerza a seguir o que te incentiva, te estimula a seguir adelante, a seguir dando un mejor trato; bueno eso es lo que la vivencia que puedo tener en el tiempo que llevo trabajando en el servicio” (lirio).

Se identifican cualidades, comportamientos de cuidado que la misma enfermera reconoce, caracterizándose como persona empática, comprensiva, compasiva, veraz, cariñosa. Se puede decir que estos comportamientos de cuidado identifican a una enfermera genuina, sincera acorde con la visión de Watson en su premisa 3 de la ciencia de: “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”

“[...] yo he visto a veces veo enfermeras por decir se avocan simplemente señora le duele, le duele lo otro, ha tomado su desayuno, su almuerzo, su cena, o sea todo lo que es de su bienestar físico, de cómo están llevando su bienestar; pero entran agestadas, y no lo digo yo, sino lo dicen los mismos pacientes...lo cual no es bueno, ellos necesitan de nuestro apoyo, de nuestra comprensión” (Begonia)

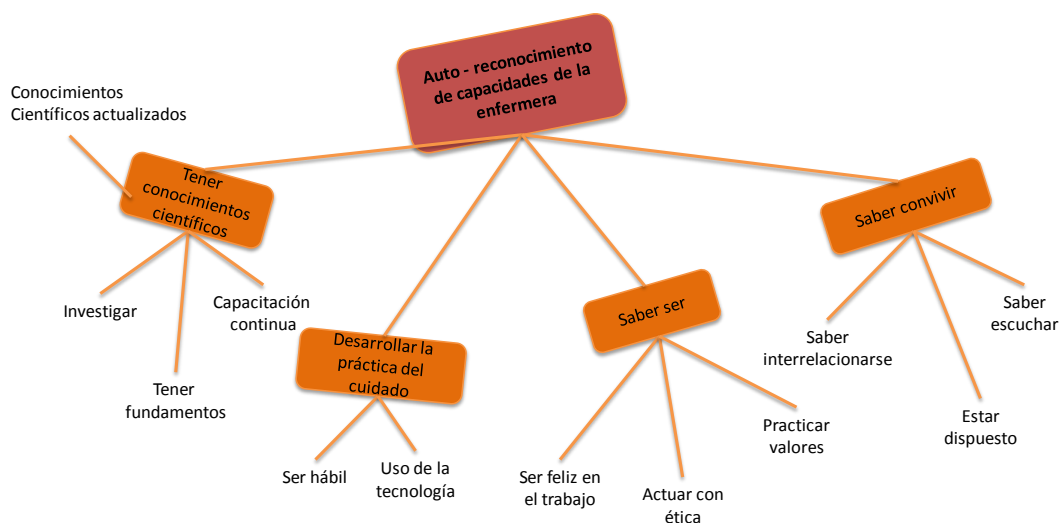
El compromiso, representa las actitudes que tiene el personal de enfermería para mejorar su práctica profesional, en ellas se encuentran acciones dirigidas hacia la aplicación y actualización de los saberes propios:

“llenarme más de conocimientos, necesitamos capacitarnos, terminar mi especialidad” (Margarita, Violeta)

“Fuera y dentro, sigo siendo enfermera, yo siento que soy enfermera en cualquier momento; y alguien me cuenta o me dice algo y estoy pensando como enfermera, ó sea es imposible no pensar como enfermera, se te sale...” (Lirio)

Aquí también se evidencia la acción de la enfermera dentro de una relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, el entorno laboral que en las palabras de Jean Watson corresponde a: “cuidado humano que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimientos, acciones de cuidado y sus consecuencias”

Se considera, que las profesionales cuentan con un conocimiento explícito, fácil de identificar y explicar, al tiempo que también se va desarrollando un conocimiento modelado por la práctica, la experiencia y la tradición que adquiere significado en la manera de considerar y tratar una situación. Las razones implícitas en cada acción son difícilmente identificables, aunque tienen sus porqués en fundamentos adquiridos o elaborados, que nos proponíamos conocer a través de identificar los significados que, para la población de estudio adquieren los cuidados que brindan.



Esquema N°3: Auto reconocimiento de capacidades de la enfermera en la práctica del cuidado.

CATEGORÍA 4: Definiendo que el cuidado no es solo ciencia y arte, es la complementación con el “SELF” de la enfermera

Afirmaciones de las enfermeras de este estudio han permitido llegar a esta categoría representada en el esquema N° 4 el cual nos da la significación de cuidado enfermero en la práctica del quehacer profesional. Ellas, coinciden con la investigadora que en la actualidad, muchos autores definen el cuidado como la ciencia y el arte de cuidar, esto es que el cuidar es la base de la profesión de enfermería, siempre acorde con los avances de las ciencias, de manera que acompaña la evolución de las nuevas técnicas y tecnologías emergentes. Un cuidado basado solo en la ciencia y tecnología es el rechazado por la sociedad actual, en nuestros medios los pacientes reclaman enfermeras humanizadas.

El contar con personal de enfermería “deshumanizado, tal vez se deba a que puede estar influyendo, la formación de los profesionales desde la perspectiva científica y técnica de su disciplina; pero débil en la formación humanística, incurriendo en la carencia de espacios académicos de profundización ética, bioética, psicológica, sociológica y antropológica, entre otros, donde el profesional de Enfermería reconozca a la persona, no solamente desde su vulnerabilidad física sino también, como aquel ser con necesidad de ejercer su libertad, identidad cultural y plenitud espiritual, la formación humanística le facilitará una permanente reflexión y análisis de sus actos, desde sus valores personales, profesionales y principios éticos comunes a todos los profesionales de la salud como son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia y los valores del cuidado: amor, amabilidad, entre otros.

Jean Watson (1988), cita la definición de Heidegger, con respecto al cuidado:

El cuidado constituye un modo de ser, el cuidar, significa solicitud, preocupación por el estar con los demás. El cuidar es un proceso que abarca el desarrollo; cuidar es ayudar a crecer, a realizarse y, para eso, existe un patrón común; al cuidar se experimenta al otro ser, considerando sus capacidades y necesidades de crecimiento. En el proceso de ayudar al otro a crecer, permanece la idea de que ese ser llegue a cuidar también de algo o de alguien, así como de sí mismo (Heidegger, 1997)

La categoría: Definiendo que el cuidado no es solo ciencia y arte, es la complementación con el “SELF” de la enfermera, emerge cuando se ha identificado las sub categorías siguientes:

a) **Su-categoría: reconociendo que el cuidado es ciencia**

(Esquema N° 18 Anexos H)

Con el sistema de producción capitalista y el avance exacerbado de las tecnologías terapéuticas, la idea de cuidado fue con el tiempo siendo banalizada y reducida a un estado material, luego disociado en su capacidad relacional, interactiva y asociativa en el proceso vital. En una concepción simplificadora, el cuidado parece haber convergido al ser humano enfermo, contraponiendo a la idea de Heidegger de que el ser humano es cuidado, esté enfermo o no.

Las enfermeras han manifestado que reconocen que el cuidado es ciencia, pero va más allá de ello:

“que el cuidado debe ser nuestra razón de ser de enfermería, el cuidado implica todo, una atención integral, llena de humanismo, de ética, no, con fundamentos, de repente también científico...” (Azucena)

Sustenta esta afirmación lo que nos dice Watson (2006) cuando nos invita a seguir el supuesto que guía la práctica:

La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover o recuperar la salud.

Con respecto a las manifestaciones de las enfermeras acerca de que el cuidado es ciencia, cuatro de ellas, respondieron en forma parecida:

“... ¿porque es ciencia?, porque tiene sus bases, sus sustentos hay estudios...” (Azucena)

“hay parte científica que te dice sí, [...] con la persona,... Pero se tiene que combinar con arte...” (Begonia)

“justamente ahí está en cómo aplicar esos conocimientos en momentos específicos; ó sea no para todos es el mismo cuidado, porque muchas veces tienes que crear y crear cosas que no existen...”, (lirio).

“[...] ¿con que nos fundamentamos? Yo cuido al paciente, observo y si yo no sabría cómo cuidar una herida, como lo curaría, con qué fundamento como ignorante no podría cuidar...” (Begonia)

“la tecnología sí, porque hoy con el uso de los monitores ayuda a ver sobre todo los problemas cardiacos, si la glucemia está alta o no; nos ayuda..., porque si no nos pasaríamos todo el día controlando los signos vitales y son como 30 pacientes; no, yo creo que nos demoraríamos más. Y ya no nos alcanzaría controlar a todos los 30 y menos de hacer otras cosas, [...] nos ayuda bastante la tecnología el hecho de no hacerlo todo manual, porque si algo está mal la máquina avisa y yo ya sé. Por ejemplo si el paciente está medio somnoliento ya inmediatamente un AGA me dice que está fallando...” (Violeta)

“he visto que esto ya se vuelve mecánico, entonces miro al monitor y escribo no más; pero ni siquiera lo he tocado. Y me ha pasado no, porque ahora que tenemos el pulsioxímetro

que avanzas con los signos vitales, obviamente avanzas. Pero un día una enfermera me dice que una paciente tenía 126 de pulso, y estaba alto en relación a sus basales, entonces yo voy a ver el paciente agarro y lo veo tranquilo, entonces digo hay que tomarle el pulso a mano y obviamente no me sale tampoco 60x' o 70x', pero me sale 102x'; totalmente diferente al pulsioxímetro, entonces yo digo hasta qué nivel podemos confiar 100% en la tecnología? A raíz de esto siempre cuando yo veo un pulso muy alto, lo controlo confirmo mejor en forma manual, porque ya ha pasado, ya lo viví una vez. Ya no confío. Por eso te digo, tienen su pro y su contra... alguna tecnología te permita tener las manos un poco más libres, por ejemplo como las bombas, no; porque significa que las reglas y tienes ese pequeño tiempo que es para regular, te da ese tiempito suficiente para que converses, yo sé que ya está graduado, le pongo en stand by y le pongo su medicamento y lo cierro. Y en vez de demorarme ahí de graduarlo, ese ratito puedo compartir con esa persona. Dispositivos que nos ayudan a ganar tiempo” (lirio)

Definitivamente, ninguna enfermera niega la importancia que tiene la ciencia y la tecnología en el cuidado enfermero, coincidiendo con lo que dice Francisco del Rey:

Ninguna profesión logra su auténtico desarrollo si no documenta su actividad y profundiza en el conocimiento científico. (Francisco del Rey, 2008)

El cuidado como ciencia, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional (Watson, 2006)

“[...] y si hacemos algo malo es doble falta, porque es una persona que no se va a poder defender. Porque confía en que tus conocimientos son los más adecuados, confía en que le vas a decir 100% la verdad, que de ti depende su recuperación. Porque claro el médico puede hacer una muy buena operación, puede poner un muy buen esquema de tratamiento; pero si la enfermera no cuida y adicionalmente

no cumple las indicaciones del médico, el paciente no sale, no sale...” (Lirio)

“[...] como te decía es lo que nos permite actuar mejor, pero también te digo que la teoría no es igual que cuando lo pones en práctica, cuando salí de la universidad y empecé a trabajar me sentía perdida, y peor cuando dejé el centro de salud y vine a este hospital estaba muy nerviosa y con miedo a cometer errores ahora ya me siento más segura...” (Margarita)

El testimonio de estas enfermeras lo podemos reafirmar con lo que Medina y Sandín (1994) afirman en cuanto a que la teoría debe orientar la práctica y dicen: “la teoría del cuidado guía la práctica al predecir lo que ocurrirá modificando aspectos de la realidad de la asistencia o, en otras palabras, la teoría proporciona los fundamentos que permiten tomar decisiones racionales acerca del cuidado”.

b) Sub-categoría: Reconociendo que en el conocimiento, el cuidado es también “arte” (Esquema N° 19 Anexos H)

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado (Benavent, 2002), también Françoise Colliere, (1993) dijo que “Enfermería, es la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones...”

Esta Subcategoría emerge de las declaraciones de las enfermeras:

“en el cuidado arte es ese grado de sensibilidad que tienes, no, y la ciencia también porque tienes que tener un conocimiento, que en todas las cosas que vas a dar, no, con

fundamento, no, porque no puedes dar una cosa por otra. Entonces, yo creo que es ambas y sobre todo creo que es, que junto al arte debe tener ese amor con que vas a hacer, vas a dibujar ese proyecto de vida, que a veces surge de repente por las circunstancias; pero es hacerlo...” (Azucena)
“ser enfermera y cuidar es un arte, no, en todo sentido, es ser una persona que debe estar atenta a las necesidades de los pacientes y que necesitan de nuestro cuidado, en pocas palabras” (Begonia)

“[...] el paciente inmediato, son de cirugía completa, un paciente que tenemos que tener vigilado, aunque no tenemos ni monitor, pero al menos en parte monitorizar, controlar para este ver cómo va, cómo evoluciona, como está, y estar atenta a cualquier signo de alarma, sangrado, para este llamar o dar la primera o adelantarnos al tratamiento, se puede decir hasta que vengan los cirujanos..., y podemos ir manejando al paciente hasta que lo evalúen y es parte también de la capacitación de un paciente en emergencia, pues no, en un paro cardíaco, hasta que venga el anestesiólogo o el cirujano..., nosotras manejamos drenajes, personas de edad, con colostomías y ostomías, drenes, y esto, y esas cositas que también lo manejan los técnicos, pero más las enfermeras, pues,.....” (Tulipán)

“Las actividades de la parte humana se ve fortalecidas por la tecnología, el desarrollo tecnológico ha contribuido, pero se puede desvirtuar y lo humano se puede descuidar, sin embargo no se pueden desprender...” (Begonia)

“[...] cuando van pasando los años uno va mejorando, bueno eso me pasa a mí...” (Margarita)

“muchas veces enfermería es más arte que ciencia, porque muchas veces experimentamos y somos las profesiones que menos trabajos o comunicaciones de esas prácticas creativas tenemos; sin embargo muchas de estas creaciones y prácticas han generado resultados positivos pero no hay evidencia...” (Lirio)

Las declaraciones de las enfermeras tienen gran coincidencia con lo que nos dicen los teóricos del cuidado enfermero, como Roger en 1967

planteó: “Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional”

c) **Sub-categoría: Afirmando que el cuidado es el “Self” de la enfermera** (Esquema N° 20 Anexos H)

Si se tiene presente que el “Self” de toda persona es la suma del individuo y su experiencia; experiencia, considerada como un constructo psicológico llamada también “persona”, de naturaleza polifacética (“Self” material, “Self” social, “Self” espiritual, El Ego Puro), W. James, (citado por Nosnik, 1986), entonces se puede determinar que nuevamente se trata del holismo de las personas, de la naturaleza humana que se pone de manifiesto en las enfermeras, en la interrelación intersubjetiva que se produce en el cuidado.

En este estudio, cuando emerge esta categoría, se puede decir que está explícita en la categoría de reconocimiento de la propia naturaleza humana, sin embargo, dado el énfasis, la fuerza de las declaraciones de las enfermeras entrevistadas, en insistir, basadas en su experiencia, en la cotidianidad de la práctica del cuidado, en que el cuidado no es solo ciencia y tecnología, que va mucho más allá, que es, “lo que lleva la enfermera dentro de sí” “que es conciencia”, se toma muy en cuenta las declaraciones siguientes:

“[...] yo creo que para cuidar se necesita... el ser enfermera que para mí no es solo una persona con un montón de retención de información científica, hábil tal vez, sino también ser una persona carismática, no sé, qué le guste interrelacionarse con personas de cualquier edad,..., adultos mayores. Yo pienso que es de cada persona, de cada ser, como es desde siempre; porque por ejemplo yo entro a la profesión y puedo tener algunos alcances, que pueden moldear nuestra persona, pero nuestra esencia nunca va a cambiar...” (Begonia)

“Lo otro es la personalidad, el carácter o temperamento que te hace que el trabajo lo hagas más o menos difícil. Y lo otro es la capacidad que tienes, no porque cuanto más sabes, obviamente deberías tener más formas o estrategias de como acercarte a la persona que vas a cuidar [...]” (tulipán)

“pienso yo, opino, que somos personas de caracteres muy diferentes, que bien claro no, la edad no es...una barrera, sino también la formación, a pesar de que somos profesionales, y yo lo he dicho también, que somos personas muy diferentes, con diferentes costumbres, con diferentes mentalidades, sobre todo con diferentes formaciones; cada uno tiene sus valores; porque creo que profesionales somos todos, pero no respondemos a la medida de esta formación. De repente ya es cuestión quizás de conciencia; de conciencia...” (Rosa roja)

“[...] si lógico, es la parte científica... que ayuda bastante para dar una mejor atención y obviamente va de la mano con la personalidad de la enfermera entonces es fundamental, porque al final la persona que se va a llevar el beneficio es el paciente...” (Violeta)

“[...] si, los valores son importantes para todos; pero para enfermería muchísimo más” (Lirio)

“[...] En primer lugar porque como personas no puedes desligarte de tus valores, ni dependiendo del lugar...en toda situación...” (Azucena)

“[...] mira principalmente creo que es la disposición que se tiene; porque la enfermera puede saber mucho, porque hay gente que académicamente hablando es muy rica; pero de repente no saben transmitir, no saben cómo llegar” (Rosa roja)

El factor intrínseco hace referencia a un llamado interno del yo, e involucra decisiones que influyen directa e indirectamente en su contexto social, a través de actitudes de ayuda que generan un reconocimiento de la enfermería como una carrera humanitaria:

[...] como me gustaría que me traten, entonces de esa forma, uno va tratando en la brevedad posible [...] saber pues darle al paciente tranquilidad y confianza..." (Rosa roja)

"desde chiquita quería ser enfermera y curar enfermos, fue mi sueño" (Azucena)

El "Self", la autoconciencia responde a la teoría del holismo, se basa en el interaccionismo simbólico, que nos dice que en la interrelación entre el yo, el otro y los otros, se forman las conductas que se definen también como comportamientos. El Interaccionismo simbólico es una corriente de pensamiento micro-sociológica, relacionada con la antropología y la psicología social que basa la comprensión de la sociedad en la comunicación. (Blumer, 1982). Siendo, entonces, la comunicación la instancia de expresión del "Self".

El individuo, pues, se convierte en "Self" en la medida en que introyecta e incorpora las actividades que otros tienen hacia él dentro de un ambiente o contexto social de experiencia o conductas donde todos (el individuo y los otros) están involucrados.

La característica más importante de la explicación anterior es el reconocimiento de Mead de las habilidades reflexivas sus, del, es decir, la capacidad del individuo de ser propio objetivo de conocimiento. Estas habilidades son posibles gracias a que se percibe como parte de un todo social: su grupo. Entonces, la auto-conciencia o la conciencia de sí mismo no puede surgir en aislamiento, no es concebible en un vacío social. La autoconciencia, pues, es posible tanto porque el individuo se experimenta como el destino de las reflexiones (de los otros hacia él como por la conciencia del individuo de que " parte de un todo social constituido por otros individuos que también son parte y todo (Mead, 1972)

La actitud se refiere a la postura que toma la enfermera (o) frente a la persona hospitalizada, en la que se observan acciones positivas o negativas:

“Mi actitud es de empatía, que él es mi familia, que puede ser mi padre, puede ser mi hermana, puede ser mi hijo”
(Tulipán)

“...algunas venimos con un carácter... serio... que no le inspira confianza a la paciente y tampoco siente que va saliendo adelante” (lirio)

La actitud es la manifestación física y emocional observable en la cual se generará la transmisión del cuidado, llamada *“respuesta ante la acción percibida”*:

“por ejemplo una sonrisa, el tono amable de tu voz, suena un tono estresado y eso el familiar o el paciente lo toma como que grosera, ¿no?” (Lirio)

Empatía, hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. El enfermero (a) genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson (2006) la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.

Actualmente es frecuente encontrar reflexiones como las de Arroyo (2001) y Quero (2004) con las que pretenden evidenciar que además de los aspectos científicos y técnicos las enfermeras necesitan “algo más”, destacando ambas autoras el humanismo como valor necesario. Se profundiza sobre el significado de la profesión enfermera, identificando los cuidados de salud de las personas y de los grupos como centro de estudio de la disciplina y de interés de la profesión. Se estudia la evolución de la profesión en el contexto social en la que se produce y se finaliza con el análisis del desarrollo y adopción en la práctica de las construcciones teóricas y metodológicas propias. Se toma en cuenta la visión que las enfermeras tienen sobre los diferentes aspectos que configuran la práctica.

“lo mismo dice la persona, es cuidada y lo dice, no que bueno que usted me va a cuidar, o porque otras personas, no, ya sea por múltiples problemas o nos han formado así, o nuestro temperamento o personalidad es así; no se no y no los tratamos como debe ser y como ellos quieren ser tratados, no como personas. Porque a veces dicen: señorita, si se pusiera un ratito en mi lugar entendería. Entonces no uno dice ¡uy! ¿Qué hice mal?, y a veces los ven como un objeto nada más. Entonces yo pienso que la personalidad de la enfermera es muy importante en este sentido de acuerdo a esto la enferma va a mostrar confianza seguridad y bienestar en la persona, que la persona reciba el cuidado que le va hacer bien...” (Violeta)

Son frecuentes, en la literatura, reflexiones que describen los valores necesarios para que se produzca una relación terapéutica. Ramió y Domínguez (2003) destacan el respeto, la tolerancia y el holismo como valores que no serían posibles sin una consideración de la autonomía personal. Al tiempo que se considera la educación para la salud como estrategia para que la persona llegue a ser autónoma en sus cuidados.

Alarcón (2001) plantea la necesidad de llegar a “un acuerdo cultural de intervención”. Feito (2005) desde la ética, apunta como características del cuidado enfermero el respeto a la dignidad, autonomía y valores del paciente como persona y la protección de sus intereses. Desde la perspectiva enfermera el respeto a la persona, que requiere de su atención, es fundamental para el desarrollo de sus potencialidades y crecimiento, así las enfermeras expresaron:

“Sí, yo me siento, yo me siento muy feliz, ó sea me siento no sé cómo explicarlo, siento que mi trabajo que desempeño me da felicidad, también me da mi status profesional, me da felicidad, me da mi lugar y el respeto que tengo del equipo de salud que me merezco el de trabajar como enfermera. Y yo siento que para ganarse el respeto hay que trabajar bien...” (Begonia)

“pero si tú vas con la persona y le dices...la enfermera con usted conversa, le brinda apoyo, le permite expresarse, le entrevista alguna vez...aunque sea escucharlos y si sobre todo... es disposición...” (Lirio)

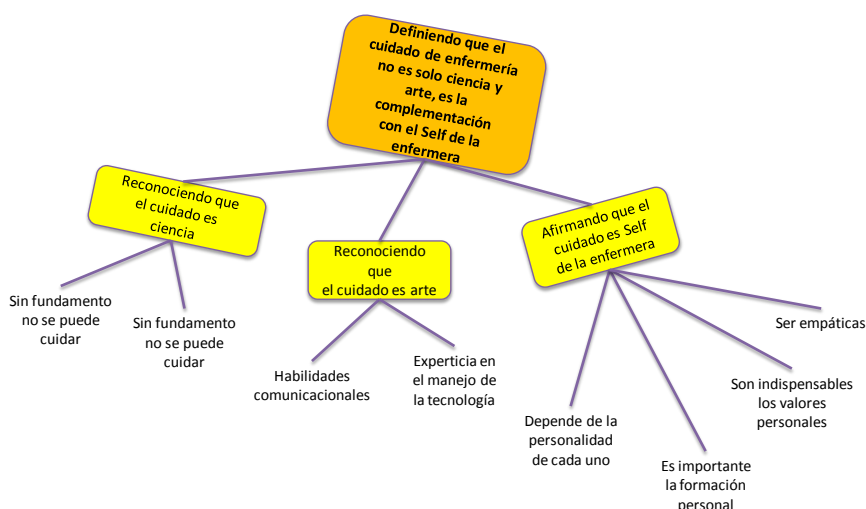
La disposición es un código que se ha repetido a través del proceso de construcción de los significados, siendo ésta, para la investigadora una actitud proactiva para brindar el cuidado, promoviendo y previniendo situaciones que puedan dañar a la persona bajo nuestra responsabilidad de cuidado, esto concuerda con lo que dice Alvis (2002):

Disposición que tiene el enfermero (a) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Cuando dispuso de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado. (Alvis, 2002)

La relación que se establece entre los aspectos profesionales y los valores individuales puede explicar la tendencia que existe de

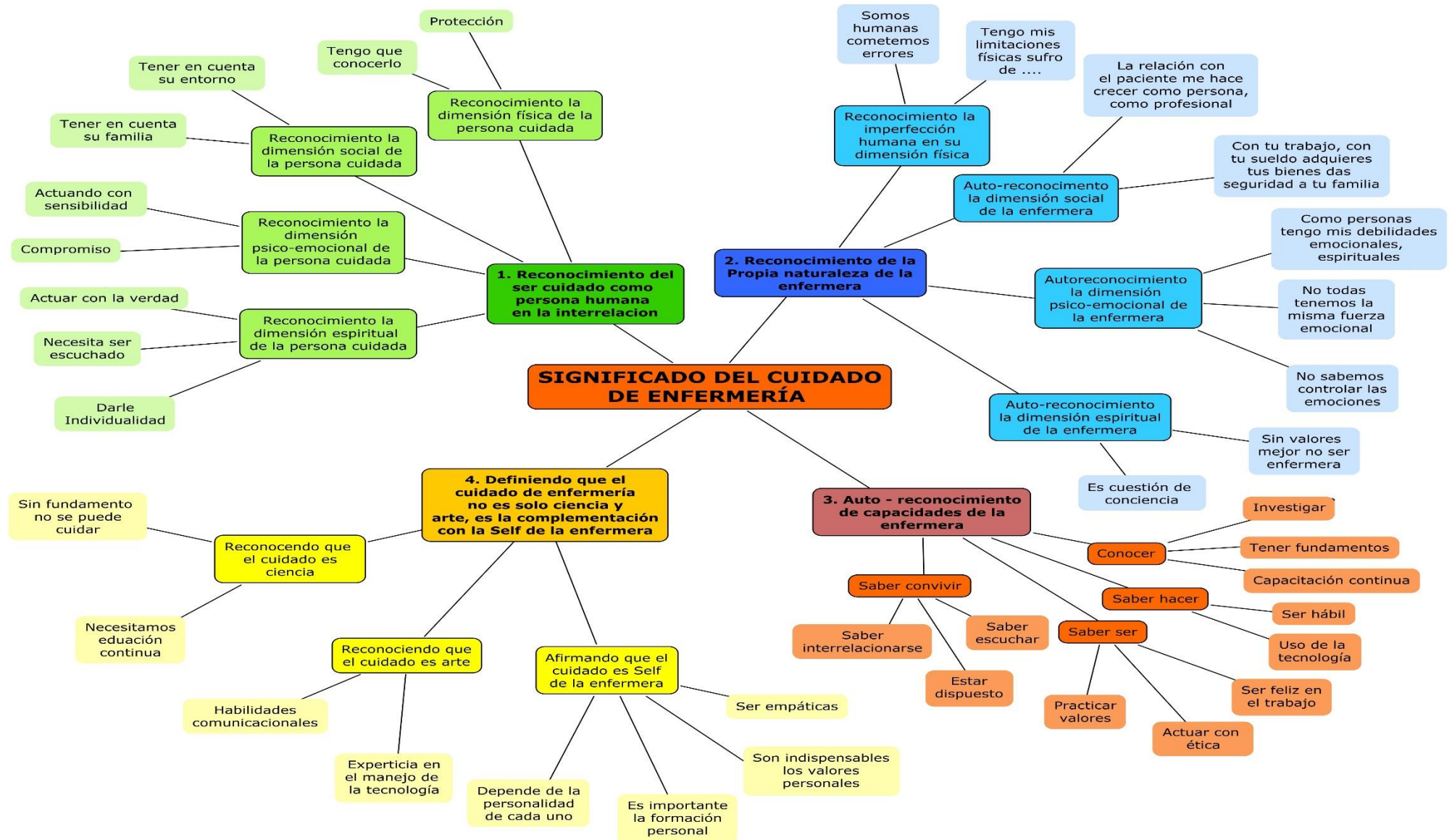
considerar que la parte personal de la enfermera, complementa la ciencia y el arte del cuidado, manifestado por las enfermeras entrevistadas.

Alberdi, (1986): "no conste porque no se reivindique su derecho a constar", o porque se considera con poca entidad como para hacerlo visible, por el afán de situar y circunscribir los cuidados de salud al ámbito de lo íntimo y cotidiano de cada persona, cuando es precisamente su carácter de personal lo que hace compleja y única cada acción de cuidados y por ende singular cada una de las intervenciones enfermeras.



Esquema N° 4: Definiendo que el cuidado no es solo ciencia y arte, es la complementación con el "SELF" de la enfermera

Haciendo una síntesis de lo que significa el cuidado enfermero en la práctica, para las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo, la investigadora presenta el esquema N° 5, en el cual confluyen las cuatro categorías emergentes, con sus respectivas sub categorías.



Esquema N° 5: NÚCLEO FIGURATIVO

“Significado del cuidado de enfermería que le otorgan las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo”

Es oportuno, presentar un resultado que ha surgido de los testimonios de las enfermeras entrevistadas, que no tienen que ver con el significado del cuidado, pero sí se relaciona con su práctica cotidiana, y es la siguiente:

Emergiendo un proceso de cambio desde lo negativo de la práctica (Esquema N° 21 Anexo H)

Durante los discursos de las enfermeras entrevistadas, dadas las circunstancias de confianza y empatía, emergieron aspectos negativos que se presentan en la praxis diaria del cuidado, como por ejemplo, horarios, turnos frecuentes con más de 150 horas al mes con la consecuente sobrecarga laboral, ratio de pacientes por enfermera (30 pacientes en el servicio de cirugía), tipo de pacientes, con grado de dependencia 3 en la mayoría, falta de material, falta de tiempo para la interrelación, funciones impuestas por la institución; sin embargo, a pesar de todo ello, lo adverso se supera en la praxis del cuidado enfermero y así lo manifestaron:

“[...] a pesar del cansancio, de la fatiga seguimos sonriendo...”, (Rosa roja)

“[...] hay muchos factores, yo lo primero le atribuiría ciertamente a la complejidad de los pacientes y el tiempo que hay para cada uno, es un factor innegable para mí. Porque a veces queremos y no lo podemos hacer, ya regreso señora, y no regresas; y mientras decimos eso se vuelve una mentira, le has dicho ya regreso y es una mentira....y esto es un hecho real, que no nos alcanzamos para la cantidad de pacientes con la complejidad que tenemos para dar cuidado como se debe...” (Lirio)

“enfrentando la vida esta es más llevadera”, (Azucena)

“hay satisfacción de los pacientes, gracias a nuestros esfuerzos...” (Violeta)

“aprovechamos cualquier momentito para escuchar a los pacientes...” (Rosa roja)

“la base principal que sustenta el cuidado de enfermería es la interacción, la relación personal, que es lo mismo, no, y esa base no la tenemos en ningún sitio del hospital...No creo que se esté dando un cuidado holístico, no, pero creo lo intentamos, pero hay chispazos, y a veces muy buenos chispazos, pero por lo que vemos no lo creo al 100%, ó sea por lo que veo no lo creo. Porque para que sea holístico, esto debe ser continuado, hoy si hoy hay un chispazo y mañana no... debe ser continuado...” (Lirio)

“Si bien es cierto el trabajo funcional puede ayudar mucho en los servicios pero hasta cierto punto nos deshumaniza...” (Azucena)

Estas situaciones que viven las enfermeras son oportunidades para promover el cambio a través de la creatividad, la investigación, el arte, lo que concuerda con Manciaux (2001) cuando define la resiliencia como “la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”. También dice que ésta es fruto de la interacción entre el individuo y su entorno. Esto caracteriza a las enfermeras del estudio, las cuales continúan auto motivándose para brindar calidad de cuidado. Esto también es corroborado con la siguiente afirmación:

“[...] la motivación hacia el cambio interno y externo es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis”, “la crisis como una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida “De ahí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis (Gonzales de Rivera, 2001).

CONSIDERACIONES FINALES:

La aplicación de la teoría de las representaciones sociales propuesta por Serge Moscovici (1978), en este estudio, fue un acierto ya que en esencia es una modalidad de conocimiento socialmente elaborada y compartida, con la finalidad principal de construir una realidad ligada a un conjunto social, y, en este caso específico, en el grupo de enfermeras elegidas, llegándose a determinar e interpretar el significado que le otorgan al cuidado que brindan en su práctica diaria en un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo, traducido en un gran núcleo figurativo en el que se resaltan las siguientes consideraciones finales:

- Para las enfermeras, el cuidado significa interrelación enfermera paciente, existiendo un reconocimiento que se da entre dos seres humanos, entendido como la interrelación entre: el ser cuidado que es una persona humana, cuidada por otra persona humana que es la enfermera.
- En el cuidado existe un reconocimiento de la propia naturaleza humana de la enfermera, y del ser cuidado, en sus dimensiones, física, psico emocional, social y espiritual, o sea de una manera integral.
- El cuidado significa el reconocimiento de la complejidad que tienen las personas a las que se cuida y la propia complejidad de la enfermera, con sus capacidades, limitaciones como seres humanos lo que nos permite considerar la imperfección humana y que para

ser buenas personas se debe mejorar las actitudes en el servicio o cuidado y que, necesitamos del aporte de otras profesiones, de otras disciplinas, y poder así lograr la trascendencia del cuidado humano: el cuidado como un acto de vida.

- El cuidado no es solo ciencia y arte, es la complementación con el “SELF” de la enfermera, es decir, la complementación con ella misma, como ser humano, esto es que reconocen que su interioridad, su esencia, su persona estará dispuesta con y para “el otro”, en el momento adecuado y en estas experiencias transpersonales de cuidado, tienen que ver sus valores, la búsqueda del bien de la persona que cuida y de sí misma en la interrelación humana.
- Consideramos, que el cuidado constituye una manera de ser única, para cada enfermera y cada paciente y que está directamente influenciada por la subjetividad del cuidador (a) traducida en su práctica de valores, disposición de servicio para con los demás y que en esta interrelación hay un crecimiento y mutua realización entre enfermera y paciente, que trasciende las circunstancias y el tiempo de vida de cada uno.

RECOMENDACIONES

Que los resultados de este estudio ratifiquen la importancia de seguir explorando el significado del cuidado como eje de la profesión de enfermería, para seguir construyendo un quehacer profesional con pretensiones disciplinares en un proceso continuo de evolución y transformación

Para las enfermeras el cuidado no solo es ciencia y arte, fundamentalmente consideran que es el “Self” de ellas mismas, por lo tanto es necesaria una formación universitaria centrada en la persona humana para fortalecer su formación como persona, con valores para que luego sean capaces de brindar un cuidado humanizado, científico, técnico y seguro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. (1982). *Hacia dónde va la enfermería*. Madrid: Interamericana.
- Alberdi, R. (2006). Los estudios Universitarios de Enfermería y sus Implicaciones en la investigación en cuidados. *Enfermería Clínica*, 16(6):335
- Alarcón, A.M. (2001). Enfermería intercultural: un desafío en la sociedad actual. *Horizonte de Enfermería*. 12(1): 39-45.
- Alberdi, R. (1998-1999). La influencia del género en la evolución de la Profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, (11): 20-26
- Alfaro-Lefevre, R. (1997). *El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico*. Barcelona: Masson.
- Alvis T, Moreno M, Muñoz S. (2002). Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. [En: *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá: Unibiblos, p. 207-216.]
- Amaro Proa Consuelo (2004) “Significado del cuidado de Enfermería [En: *las Enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Es Salud*” Tesis para optar el título profesional de Licenciado en enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P de Enfermería. Lima Perú
- American Psychological Association (2010) Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (3era.ed.) México. Editorial El Manual Moderno, pp.171-173, 207-208.
- Amezcu, M. (2001). Imagen social de la enfermería de la historia mitos y realidades. *Hiades, Revista de Historia de la Enfermería*, 8:592-593.

- Amezcu, M. (2002). Universalizar el conocimiento enfermero. *Index de Enfermería*, 39: 7-8. Alfabetización popular. Oaxaca: Editorial la Mano; p. 76
- Araya Umaña, Sandra (2002) Las representaciones sociales: *Ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de ciencias sociales 127. Sede Académica, Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)*.pp. 33-36-41.
- Arroyo, M.P. (2001). Calidad y humanización de los cuidados. *Metas de Enfermería*, 39: 22-31.
- Báez-Hernández Francisco Javier, Nava-Navarro, Vianet, Ramos-Cedeño, Leticia, Medina-López, Ofelia M. (2008) "El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería" *En Rev. Aquichan año 9 - vol. 9 nº 2 - chía, Colombia - agosto 2009*
- Baggio M.A. O (2006) Significado de cuidado para professionals da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermería* 2006; 8 (1):9-16. Disponible en http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm [Consultado el 2012-12-28].
- Banchs, M. A. (1990): "Las representaciones sociales: sugerencias sobre una alternativa teórica y un rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica", [En: "Aportes críticos a la Psicología en América Latina". Editorial Universidad de Guadalajara, México.]
- Barbosa de Pinho Leandro y Azevedo dos Santos, Silvia María (2006) "Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *En Index Enferm* V.15 n.54 Granada España otoño 2006
- Barros R.B, Passos E. (2005) A humanização como dimensão pública das políticas de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*; 10 (3):561-71.
- Benavent, MA., Francisco, C. y Ferrer, E. (2002). Los modelos de cuidados. [En Benavent, MA, Ferrer, E., y Francisco. *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Ediciones DAE.]
- Bermejo, José Carlos. (1999). *Salir de la Noche-Por una enfermería humanizada*. España: Editorial Sal Terrae.

- Blumer, Herbert. (1982). *El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Barcelona Hora D.L.
- Boff L. (2005) O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. *Revista Inclusão Social*; 1(1):10-15.[En *El cuidado esencial. Ética de lo humano*. Traducción de Juan Valverde. Madrid: Trotta.
- Boff L. (1999) Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 11ed. Petrópolis: Editora Vozes; Brasil [[Links](#)]
- Bonilla E., Rodríguez P. (1997) Más allá del dilema de los métodos. México: Norma; p.47
- Camaño, R. y Felipe, R. (2004). Profesionalización. Cambios de denominación en Enfermería. *Rol de Enfermería*, 27(11): 15-18.
- Cárcamo Gómez, Edita, Labra Fernández, Hilda, Jara Mancilla, Jessica y Rivas Cares, Yeny (2004) Representaciones sociales de adultos mayores sobre la violencia intrafamiliar hacia sus pares. Universidad Católica de Temuco. Facultad de artes, humanidades y CS. Sociales. Escuela de trabajo social. Chile
- Colliere, Françoise (1996) "Cuidar...asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida" *Index de enfermería* Vol. (18):9-14.
- Collière, M.F. (1981). Cuidados de enfermería. Reflexiones sobre el servicio de enfermería: contribución a la identidad del servicio prestado. *Rol de Enfermería*, 35-36: 7-15.
- Collière, M.F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Collière M.F. (1999) Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rol de Enfermería*; 22(1): 27-31.
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (2000) *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería.
- Consejo Internacional de Enfermería. La investigación de Enfermería: instrumento de acción. Disponible en http://www.icn.ch/matters_researchsp.htm [Consultado el 10 octubre 2012].

- Cornejo M.A. (1997) *Infinitud Humana. La grandeza de los valores*. México: Grijalba S.A.
- Cuervo N.R. (1999) Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado de los pacientes y el personal de enfermería. *Actualización en enfermería* 1999: 2 (3): 11, 16.
- Daza C, Medina L. (2006) *Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia*. Revista: *cultura de los cuidados* 2006; 19 (10): 55-62.
- Daza, R., Torres, A.M. y Prieto, GI. (2005) (1). Cuidado y práctica de enfermería. *Index de Enfermería*, 50: 57-60.
- Daza C.R., Torres P. A., (2005) (2) Prieto RG. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, participación y afecto. *Revista Index de Enfermería*; 14 (48-49): 18-22.
- Da Silva Carvalho Vila, Vanessa (2004): "Significado cultural del cuidado humanizado en la unidad de terapia intensiva: mucho se habla y poco se vive" año 2002. [En Revista Latino Americana *Enfermagem Vol. 10. N° 2 Ribeirão Preto Mar. /Apr. 2002*]. Brasil. (Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Católica de Goiás),
- De Figueiredo Carvalho, Zuila María, Núñez Hernández, Antonio José Mulet Falcó, Francisco Vicente (2007): "El significado de cuidado para los enfermeros que cuidan de personas con lesión medular" [En *Rev. Cultura de los cuidados* 2º. Semestre 2008 Año XII - N.º 24.pp108-113.]
- De la Cuesta Benjumea, Carmen. (2007) El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*.25 (1): 106-112
- Diccionario de la Real Academia Española (2001) 22ª Edición.
- Domínguez Alcón, Anna, et al. (1983) *Sociología y enfermería*. Madrid: Ediciones Pirámide. (1984) "Imagen de la enfermera en la sociedad" *Rol de Enfermería* (83): pp.66-72. (1989) "La percepción del cuidar". *Rol de Enfermería*

- Dilthey W. (1944) La esencia de la filosofía. Buenos Aires (AR). Losada Argentina. [En: Rev. Texto contexto - Enferm. vol.15 no.spe Florianópolis 2006 Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería María Soledad Rivera; et al. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)]
- Duque Cardona Sonia. (2005) Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. En: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0694>
- Durán Escribano M. (2000) Los porqués de la licenciatura en Enfermería. *Rol de Enfermería* 2000; 23 (1): 8-9.
- Duran De Villalobos, María Mercedes. (2002) Marco Epistemológico de la Enfermería, *Revista Aquichan*. Volumen 2. N° 1: 7-18
- Durán de Villalobos M.M. (2001) Enfermería. Desarrollo Teórico e Investigativo. Bogotá: Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia; p. 31.
- Farr R. (1986) Las representaciones sociales. En: Psicología II Barcelona: Paidós. P. 505
- Feíto, L. (2005) La Ética del Cuidado como modelo de la ética enfermera. *Metas de Enfermería*, 8(8): 14-18.
- Fernández, G., Barbosa, MA., y Prado, M.F. (2007). La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*, 58: 55-58.
- Fernández, J. (2001). Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión. REDIE. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, vol. 3, núm. 2. Universidad Autónoma de Baja California. México
- Ferrater Mora, J. (1994) Diccionario de filosofía. Barcelona: Ariel
- Ferrer V, Medina JL, Lloret C. (2003) La complejidad en enfermería Profesión, Gestión, Formación. Barcelona: Alertes SA; 2003: 12-20.

- Francisco del Rey, Cristina J. (2008) *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera* Tesis Doctoral Universidad de Alcalá Departamento de Psicopedagogía y Educación Física. España, pp.: 55-71.
- Galeano M.E. (2003) Diseño de proyectos en investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; p. 38
- Gándara, M. (2008) "Ética, poder y deber. De la ética del cuidado al poder del deber de cuidar". *Rol de enfermería*. 31 (1): 18-24.
- González de Rivera, J.L (2001): "Nosología psiquiátrica del estrés" *Psiquis*, 22: 1-7
- Grasso, Alicia (2005) Construyendo identidad corporal: la corporeidad escuchada. *Novedades Educativas*. Bs. As.
- Grupo de Cuidado. (2002) Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Capítulo I: Cuidado y práctica de Enfermería: nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002 pp.4-13.
- Hall, D.C. (1979). *Documento básico sobre enfermería*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Heidegger, Martin, (1997) *Ser y Tiempo*, Traducción de Eduardo Rivera, Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Henderson, V.A. (1994). *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Hernández, J; Esteban, M. (1999) *Fundamentos de Enfermería. Teoría y método*. Madrid: Mc-Graw Hill-Interamericana.
- Husserl Edmundo [En: Marco epistemológico de la enfermería. *Revista Aquichan*. Facultad de enfermería de la Universidad de la Sabana, 2002; 2]
- Issel, M. (2005) Imagen social de la enfermera. *Boletín chileno de enfermería*. U.C. Vol. I, N° 1 Chile. (Tomado el 10/10/11). Disponible en: [Http://www.puc.cl/enfermería/](http://www.puc.cl/enfermería/)

- Jodelet, D. (1984). La representación social: Fenómenos, Conceptos y Teoría. [En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós]
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto, y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social*, 469-493. Barcelona: Paidós. [[Links](#)]
- Jodelet, Denise (2007) “El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales” [En *Cultura y Representaciones Sociales*. Año 3 N° 5 setiembre 2008]
- Kérouac, Suzanne y otros. (1996) “El pensamiento enfermero”. Editorial Masson S.A. Barcelona, España.
- King I (1984). Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos. Editorial Limusa. México D.F. [En Francisco del Rey, Cristina J. (2008) *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera* Tesis Doctoral Universidad de Alcalá Departamento de Psicopedagogía y Educación Física. España]
- Larbán, Vera Juan (2009) “Ser cuidador; el ejercicio de cuidar” Ed. SEPYNA. Ibiza. Baleares. España.
- Leddy S. Pepper J. (1989) *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. New York: OPS.
- Lozano Zúñiga, M.M, García Valenzuela M.L. “Competencias Profesionales del Licenciado en Enfermería” Institución de procedencia: Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. <http://www.didactica.umich.mx/memorias/xiieuad/ponencias/20.pdf>. [Consultado 4 diciembre 2012]
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2001,2003) *La resiliencia: estado de la cuestión*. [En: Manciaux, M. (Comp.) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa]
- Marriner, A; Raile, M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*. 5ªedición. Madrid: Editorial Mosby.
- Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. (6ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby.

- Matos Mar, José (2012) Perú: estado desbordado y sociedad nacional emergente. Centro de investigación. Editorial Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú.
- Medina J. (1999) La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Madrid: Leartes; pp. 29-87.
- Medina, J.L. (2006). Aprender a cuidar y cuidados profesionales II Algunas reflexiones sobre la naturaleza política y de género de la pedagogía y de la práctica del cuidado. *Educare* 21, pp. 35-41 Disponible en <http://www.enfermeria21.com/educare/>
- Mead, G. H. (1972): Espíritu, persona y sociedad, Paidós, Buenos Aires, 3a ed.
- Mead, George Herbert (1934): Espíritu, persona y sociedad desde el punto de vista del conductismo social, Ed. Paidós, Buenos Aires, pp. 168-171, 176-189, 200-205 [En Cátedra de Sociología General, mayo 2008, por Manfredo Ramírez Russo y en: Abraham Nosnik O. Estudios Filosofía-historia-letras Invierno 1986.ITAM]
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul. [[Links](#)]
- Moscovici, S. (1991). *La Psicología Social I*. Barcelona, España: Paidós.
- Moscovici, Sergei, (1993) "Psicología Social", Tomo II. Pensamiento y Vida Social. Psicología Social y Problemas Sociales. Editorial Paidós, Barcelona, España.
- Muñoz Hernández, Yolanda, Coral Ibarra, Rosa, Moreno Prieto, Dayana, Pinilla Pinto, Diana, Suárez Rodríguez, Yaneth (2009) Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. [En: *Repertorio de Medicina y Cirugía*. Vol. 18 N° 4. 2009. Pág. 246-250 Bogotá Colombia]
- Ortega C. (2002) El cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*; 10 (3): 88-89.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en Enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat

- Quero, A. (2004). Formación, humanismo y humanización. *Metas de Enfermería*, 7(3): 15-58
- Quintero, Belkis (2001). Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Yean Watson. *Ciencia y Sociedad* Volumen XXVI Número 1 Enero-Marzo 2001.
- Ramió, A. y Domínguez, C. (2003). Valores y redefinición de espacios profesionales. Reflexiones en el caso de la enfermería. *Rol de Enfermería*, 26(6): 482-486
- Ramió Jofre, Anna (2005) “*Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*”. Tesis doctoral Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales Universidad de Barcelona. P. 175-240.
- Riva, L., Buendía, C. y Fabrellas, N. (2008). Trío de damas. Reflexión sobre la humanización de los cuidados. *Rol de Enfermería*, 31(1): 9-14.
- Rivera L.N y Triana A. (2007) Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. *Rev. Av. Enferm*, 2007; 25(1):54 – 66.
- Rodríguez, Yolanda (2006). *Discurso y Sociedad, una Visión emergente hacia la Enfermería*. Venezuela. Universidad de Carabobo
- Rosental, M.M. (2011) Diccionario Filosófico. Traducción directa del ruso por Augusto Vidal Roget, et, al. Editora Huascarán S.A. Lima Perú, pp. 499-500
- Sánchez B. (2004) Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. [Rev. en internet]. *Rev. Aquichan*. 2004; 4(1): 6-9 [consultado 2 diciembre de 2012]. En: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/Aquichan/article/view/44>.
- Santos Facón Gladys, *Lorenzini Erdmann, Alacoque*, (2005) La ética y la técnica contemporánea: Implicaciones en el Área de la Salud. Ensayo [En *Rev. Anales de la Facultad de Medicina* Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú. ISSN 1025 – 5583. Págs. 71-79]

- Sgreccia, Elio (1999) Manual de bioética. Principios de bioética (2 vol.) (3ª ed.) Vita e Pensiero, Milano.
- Siles G.J. (2008) Historia de la enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados. *Cultura de los Cuidados*; 12 (24): 5-6.
- Silva M.J.P. (1996) Comunicação tem remédio: a Comunicação nas relações interpessoais em Saúde. São Paulo: Loyola; [[Links](#)]
- Simas R., (2008) La crisis psicológica en el cuidador profesional, II Jornadas Pitiusas pro salud mental: La crisis psicológica en el ser humano y en sus diferentes contextos. Ponencia de Larbán Vera.
- Taylor, S.J. y Bogdan R. (1987) "Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados". Editorial Paidós Básica. De todas las ediciones en castellano. pp. 100-132
- Tazón M. P. (2000) Relaciones y comunicación en enfermería. Madrid. Ediciones DAE.
- Torralba, F. (1998) *Antropología del Cuidar*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética. Madrid: Fundación Mafre Medicina
- Torralba Roselló, Francesc, (2005) Esencia del cuidar. Siete tesis. Instituto Borja de Bioética. Barcelona. España.
- Torralba, Francesc (2002) Ética del cuidar. Madrid: Fundación Mapfre Medicina. Instituto Borja de Bioética.
- Vargas Guillén G. (2003) Tratado de epistemología. Bogotá. Editorial San Pablo; pág. 20.
- Vera, Mendoza, Martha (2011) "Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia" Una retribución de la familia y de la sociedad evidenciada por la representación social. Edit. Académica Española. Alemania.
- Waldow, Vera Regina. (2008). *Cuidar: Expresión humanizadora de la enfermería*. México: Editorial Nueva Palabra, pp.90-97.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of nursing* .New York: National League of Nursing.

- Watson, J. (1998). *Cuidado de Enfermería: Un enfoque de Ciencia Humana para la práctica de Enfermería actual y futura*. New York: National League of Nursing.
- Watson, J. Postmodern nursing and beyond. New York: Harcourt brace/Elsevier; 1999. [[Links](#)]
- Watson, J. (2006) (1). Una visión crítica de los diagnósticos enfermeros. *Rol de Enfermería*, 29(7-8): 14-17.
- Watson, J. (2006) (2). Impacto de la relación sanadora en la práctica de la enfermería. *Rol de Enfermería*, 29 (12): 16-22.
- Zabalegui, A. (2000). Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. *Enfermería Clínica*, 16: 263-266.
- Zárate Grajales, Rosa A. (2004) "La gestión del cuidado de enfermería" *Index, Enferm V. - XIII* (44-45): pp.42-46, 155. Granada/primavera/verano

·
·
·

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: Significado del cuidado en la práctica profesional de enfermeras de cirugía

Señora/señorita

enfermera.....

Chiclayo

Cordial Saludo:

Como estudiante del Doctorado en Enfermería en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de la ciudad de Lima, deseo conocer sus opiniones y actitudes frente al cuidado que brinda, sus rutinas en su quehacer y sus motivaciones para ello, para tratar de comprender lo que significa para usted el cuidado de enfermería. Se espera que los hallazgos de la investigación contribuyan a la comprensión del significado que dan al cuidado las enfermeras en el servicio de cirugía.

Para participar en el proceso investigativo, le solicitamos disponer por lo menos de una hora para llevar a cabo una entrevista orientada a hablar sobre aspectos relacionados con el tema en estudio.

Le informo además que todos los datos suministrados por usted serán de carácter confidencial y solo serán utilizados como fuente de información para la investigación, por lo que su nombre permanecerá en absoluta reserva. Así mismo, usted es libre de retirarse de la investigación en el momento en que lo estime conveniente.

Agradezco su colaboración y espero pueda proporcionarme su valioso conocimiento ya que él contribuirá al mejoramiento de la calidad del cuidado.

Cordialmente,

.....
ROSARIO VERÁSTEGUI LEÓN

Teléfono: 979560602.

ANEXO B

DESEO PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN

SÍ _____ NO _____

SI DECIDE PARTICIPAR, POR FAVOR DILIGENCIE LOS
SIGUIENTES

DATOS:

Nombre:

Teléfono donde pueda ser ubicado con facilidad

Correo Electrónico si lo tiene

Dirección:

Firma:

ANEXO C

Preguntas orientadoras que se utilizaron:

1. ¿Qué significa el cuidado de enfermería para usted?
2. ¿Qué significado tiene para usted ser enfermera?
3. ¿Cómo cree usted que se da el cuidado...sólo con conocimientos, con habilidades?
4. ¿Siente que ha renunciado a algo esencial en su vida por ser enfermera?
5. ¿Qué aspectos cree que podría mejorar en el cuidado de enfermería?
6. ¿Cómo cree que le valoran los demás (*la persona que es cuidada, la familia o el resto de la gente*) por esta labor que realiza?
7. ¿Le gustaría comentar alguna cosa sobre lo que se ha hablado en esta entrevista?

ANEXO D

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

ENTREVISTA A LIRIO

Preámbulo con el saludo, preguntas sobre universidad formadora:

Universidad Pedro Ruiz Gallo, 34 años de edad, soltera.

Entrevistadora: ¿Qué significa para ti cuidado?

Entrevistada: *mira cuidado para mí, para la enfermería, es la acción de dar, de dar; y esperar en recibir, en el sentido, que esta persona participe con lo que tú quieres hacer. Un cuidado no significa dar por dar, sino dar según lo que la persona quiere recibir; ó sea yo pienso que si le das cosas que el paciente no quiere, no está dispuesto, no está informado, no sabe para que le va a servir, esa persona no va a colaborar contigo; y esto solo se va a quedar en una actividad que tu realizas, que de repente te puede dar resultado pero en esa persona no va a trascender. Entonces trasciende en medida, que tu logras que esa persona sepa y esté consciente de lo que tú le vas dar y él va a recibir, sabiendo que es de su beneficio, ó sea en esa medida yo lo considero.*

Nosotros generalmente en el hospital siempre estamos en eso de dar, damos, damos, tratamos, haga esto que le va a hacer bien, tome esto que le va a hacer bien; pero muy poco le consultamos a la persona lo que quiere.

Mira ayer por ejemplo en la noche hay una jovencita, que le han operado de una recesión de sigmoides, joven de 16 años; estaba apática, callada, buenas noches, hola, hola, te duele, si, no. Entonces me puse a conversar con ella porque estaba tranquila y te permitió conversar; entonces al principio no, le empecé a explicar, mira, si tú no te levantas (porque tenía ya 5 o 6 días de operada), y nunca se había levantado; yo le empecé a explicar y le digo que esto depende de ti. Ella me dice, no, pero yo quiero que me ponga el medicamento, para

que me quite el vómito. Y le digo es que el medicamento es una parte pero la otra parte es tuya, que justamente es eso es cuidar. Ó sea que si tú no logras que esa persona esté convencida de lo que tú le dices, que va hacer para su bienestar, definitivamente tú no puedes, no puedes. **El involucramiento de la persona es fundamental.**

Entrevistadora: el involucramiento de la persona...

Entrevistada: claro, generalmente es la base de la interacción, porque si yo no converso, no exploro más de lo que se, o de lo que sé de lo que me dicen, definitivamente no voy a poder saber e **individualizar el cuidado;** no como un poco estandarizar lo que ya sabemos.

Cuando logras que la persona te entienda y colabore contigo la satisfacción es mayor. Nosotros que trabajamos en asistencial te darás cuenta que cuando tú haces acciones y esa persona se recupera, pero si simplemente la hiciste solo tú, te vas satisfecha sí pero si no ahí se trabajó como todos los días.

Pero si logras que esa persona modifique su conducta, tú realmente te sientes importante.; porque dices yo logré que esa persona camine, hable; por ejemplo a mí se sorprendió mucho ayer ella caminó, a regañadientes, pero se levantó caminó no vomitó en toda la noche. Y hoy a las 5 am se levantó ella solita y me vio y que me queda mirando y me dijo: "Srta., hoy ya me siento mejor". Y estaba convencida que se sentí mejor, y eso para mí me da muchísima más **satisfacción** que daría si solo le diría que lo haga, que se levante en contra de su voluntad... Y eso es un logro, pero eso se establece, si tú **logras esa interacción, si logras establecer esta relación porque interactuar no es sólo hablar y saludarla; si tú logras que la persona, te cuente, te permite ingresar un poquito más en ella misma, eso si te va hacer transformar tu vida.**

En el caso yo, por ejemplo que tengo un problema de salud, hay gente que me ha enseñado mucho a confiar mucho en Dios; que me ha

enseñado que lo que yo tengo es superable en relación a otra gente. Hay gente que cuando tú llegas a interactuar con ellos, la persona te conoce; entonces tu llegas y te dicen Srta., esta triste, le pasa algo y te preguntan no; como un señor, que ya falleció y que me dijo en esos momentos que me sentía mal ¿usted se siente mal?; pero como digo esto se puede transmitir, no. Porque yo aparentemente yo estaba risueña, estaba conversando con él, tratando de ocultar; pero cuando tú estableces ese nexo, las personas sí se pueden dar cuenta y te comprenden y te dan fuerza.

Entrevistadora: Aquí hay algo interesante que tú dijiste, “tengo que trascender”. Y en esa interrelación tan interesante que tú dices ¿que factores intervienen de parte de la enfermera para ofrecer este cuidado de Enfermería?

Entrevistada: *mira principalmente creo que es la disposición que se tiene; porque la enfermera puede saber mucho, porque hay gente que académicamente hablando muy rica; pero de repente no saben transmitir, no saben cómo llegar. Y hay otras enfermeras que no tienen mucha formación académica, pero que tienen forma de llegar; muy importante, y justamente se trata de eso, de disposición de darse. Y en general no sólo es enfermería, sino las personas tratamos de mostrar lo que nos gusta mostrar. Cositas que nos gustan guardarnos a un grupo reducido de personas; y a veces ni siquiera a nosotros. Entonces la disposición de darse es muy importante, para que el cuidado trascienda porque hace que la persona te vea también como un ser humano. Si tú te abiertes a la persona y le dices mire estoy con un dolor fuerte, estoy mal, con malestar, siento dolor, tengo problemas, pero vengo a cuidarlo de la mejor forma; entonces esa persona te va a ver valiosa y definitivamente lo va a disfrutar y te va a entender; entonces humanizamos porque si no solamente te ven como una máquina de hacer cosas. Para mi es la disposición de las personas las*

ganas para hacer las cosas Por eso que para mí las ganas que tiene la persona para cuidar es un factor muy importante.

Lo otro es la personalidad, el carácter o temperamento que te hace que el trabajo te hagas más o menos difícil. Y lo otro es la capacidad que tienes, no porque cuanto más sabes, obviamente deberías tener más formas o estrategias de como acercarte a la persona que vas a cuidar.

Entrevistadora: entonces, ¿tú crees que enfermería es arte o ciencia, o ambos?

Entrevistada: *no, pues, enfermería realmente tiene todo; nosotras somos privilegiadas, ¿porque es ciencia?, porque tiene sus bases, sus sustentos hay estudios, hay parte científica que te dice sí, que lo que tú estás haciendo te generan resultados positivos y si no, porque tiene resultados negativos con la persona, no. Pero se tiene que combinar con arte, justamente ahí está en cómo aplicar esos conocimientos en momentos específicos; ó sea no para todos es el mismo cuidado, porque muchas veces tienes que crear y crear cosas que no existen. Por ejemplo el otro día le decía mi alumna, por decir no cuidar una dermatitis, yo por ejemplo con pañal con.....y funcionó; y yo les dije chicas a ver en una guardia hay que probar con tegaderm grande, y bien, funcionó también. Y si te das cuenta tienen los mismos principios. Y ya vas creando, y yo les llevé a mis alumnos y les enseñé, no pero que no está en los libros y que no lo van a ver, y quizás en unos años estén porque es una estrategia valida, científicamente válida; pero que ha sido una creación de un grupo de enfermeras frente a este problema. Entonces en enfermería combinan muchas cosas, creatividad, conocimientos, en parte formación de tu casa, cuán importante es la formación de tu casa, cómo te han criado, que haces, que no haces, como te comportas, te quedas callada si haces algo equivocado o lo dices. Entonces esa parte de la formación de casa es*

muy importante para la enfermera, entonces te pite validar. Incluso muchas veces enfermería es más arte que ciencia, porque muchas veces experimentamos y somos las profesiones que menos trabajos o comunicaciones de esas prácticas creativas tenemos; sin embargo muchas de estas creaciones y prácticas han generado resultados positivos pero no hay evidencia. Por ejemplo lo del pañal existe la evidencia pero científicamente no está publicado. Entonces entre comillas es parte del historial de enfermería, del servicio; entonces yo me pongo a pensar, de aquí a unos años que no estemos y sino no lo transmitimos a otras personas, eso va a quedar en el olvido.

La vez pasada le decía a una interna que esto en la piel se hacía mejor, mira con esto se cura, y ella me dijo en que libro está eso; y le dije no esto se le ocurrió antes a una enfermera; y que hoy ya no trabaja aquí, lo hizo al inicio con pañal ha funcionado ahora lo usamos con tegaderm y funciona; y le pareció interesante porque sabemos que es una herramienta creativa, importante pero que no sabemos si a lo largo tendrá un fundamento científico;.

Entrevistadora: dijiste... decir la verdad ¿tú crees que los valores son importantes en el cuidado de enfermería?

Entrevistada: *si, los valores son importantes para todos; pero para enfermería muchísimo más, hay muchas cosas. En primer lugar porque como personas no puedes desligarte de tus valores dependiendo del lugar, ó sea sigues siendo persona en tu casa, en la calle, en tu trabajo o cualquier lugar; por lo tanto tiene que haber una coherencia. Segundo porque es una persona que muchas veces no está en condiciones de darse cuenta, entonces prácticamente está en tus manos, todo su cuerpo no solo la parte física, sino todo su cuerpo todo su ser está en tus manos y confía ciegamente en ti. Y es persona a lo mucho te dirá: Srta., me está poniendo mi medicamento, sí, pero realmente se lo estás poniendo?, realmente se lo estás poniendo,*

como debe ser...mentirle?; y si hacemos algo malo es doble falta, porque es una persona que no se va a poder defender. Porque confía en que tus conocimientos son los más adecuados, confía en que le vas a decir 100% la verdad, que de ti depende su recuperación. Porque claro el médico puede hacer una muy buena operación, puede poner un muy buen esquema de tratamiento; pero si la enfermera no cuida y adicionalmente no cumple las indicaciones del médico, el paciente no sale, no sale; por más que el médico haya hecho una extraordinaria intervención quirúrgica. Es fomentar los valores, sobre todo la verdad, sobre todo la verdad, porque así vas a respetar su autonomía, vas a ser justa; la verdad es un valor muy importante para el trabajo de enfermería, en lo que dices, lo que escribes y lo que haces.

Entrevistadora: ¿Cuánto tiempo tienes cuidando lirio?

Entrevistada: 15 años

Entrevistadora: ¿Y en el servicio?

Entrevistada: 8 años

Entrevistadora: ¿Y cómo es que tu decidiste ser enfermera? ¿Por vocación, por casualidad o porque?

Entrevistada: mira la verdad que creo que eso siempre lo he tenido claro, yo no me he acuerdo una fecha clara; pero por ejemplo recuerdo que un señor había fallecido, mi vecinito, cuando yo tenía unos 5 añitos más o menos, me regaló una maletita, blanquita, con su cruz roja, maletita que tenía su jeringuita, su gasita, su curita, todo y un gorrito de enfermera; me lo regaló cuando fuimos a pasear a su fundo. Y es algo que lo tengo así como si hubiera sido ayer, eso ya pasó más de 30 años. Es para que juegues, él me dijo así tú vas a ser enfermera, no y yo lo recuerdo perfectamente ese maletincito y jugaba mucho, hasta que desapareció por el uso no. Luego yo recuerdo que en el colegio siempre me gustó muchos y era muy buena en matemáticas y física

biología no me gustaba mucho y tenía muy buenas notas, y todas mis compañeras me decían que yo iba a ser ingeniera; hasta nos hicieron un test vocacional y me salió ingeniería mecánica o ingeniería de sistemas; pero por ahí nos dijeron eso solo del cuestionario; y cuando llegamos a la entrevista, yo lo primero que dije fue voy hacer enfermera, fue la primera palabra que dije y todos voltearon y me quedaron mirando. ¿Qué, enfermera? Seguro porque académicamente no servía, pero mi primera y única opción fue enfermería a pesar de que el test no me salió, yo no sirvo para ingeniería yo no quiero trabajar con máquinas, yo quiero ser enfermera.

Entrevistadora: y ya tienes 15 años de servicio, y en estos 15 años ¿Qué significa para ti ser enfermera?

Entrevistada: *Ser enfermera es mi vida, justo ahora que veníamos conversando con la señora Nora yo le decía, quiero preguntarte si quieres no, no yo entiendo que es una oportunidad valiosa y para ti y te vas a poder desarrollar. Yo le dije algo que estoy segura que es cierto, yo soy enfermera y soy asistencial. Y te lo voy a repetir lo que le dije a ella: no sé si de aquí a unos años tendré la idea o ganas de querer ser jefa o supervisora, o retirarme o no sé; pero yo ahorita lo que quiero es ser asistencial, o sea me gusta ser asistencial; justamente por eso si hago docencia es porque se complementa, siento que si llevo a la alumna, yo puedo transmitirle esas ganas de ser enfermera; incluso a veces me han querido pasar a otras asignaturas, como gerencia u otras. O sea pero yo no, cirugía me gusta, me gusta muchísimo. Entonces yo no me veo fuera del hospital u servicio; aunque a veces me cuesta físicamente hablando. Fuera y dentro, sigo siendo enfermera, yo siento que soy enfermera en cualquier momento; y alguien me cuenta o me dice algo y estoy pensando como enfermera, ó sea es imposible. (Jajaja.....) no pensar como enfermera, se te sale... me siento muy satisfecha, me siento feliz*

Entrevistadora: feliz...

Entrevistada: y es imposible no pensar como enfermera no ósea se te sale, yo por ejemplo cuando ya no estoy en el hospital sino en mi casa, donde tengo a mis padres que están mayores, que merecen de cuidados especiales, entonces se da todo el conjunto que se da para eso, no, **ser enfermera es parte de mi vida y no lo dejaría.**

Entrevistadora: parte de tu vida...

Entrevistada: sí, claro, muy satisfecha y te diré que con cosas pequeñas. Tengo muchas experiencias, anécdotas, no. Gente que se puede dar cuenta **de mi estado anímico**, no, y hay gente que me ha dado la mano, y me ha dicho Srta., paciencia, ya se va a sentir mejor. Hay gente que estando enferma te da la mano y se vuelve al revés, no. Es como que ellos te estuvieran dando ayuda a ti. Y lo otro es que hay gente que te da una sonrisa cuando se recuperan te dan las gracias...hay muchas cosas **para sentirse agradecido**, hay muchos que después de pasar unos días te dicen gracias, no. Hay muchas cosas como para uno estar agradecido.

Entrevistadora: y en este tiempo que estás trabajando como enfermera asistencial, has visto que ha habido cambios en el cuidado...

Entrevistada: sí, cambios sí, sí, algunos buenos o malos, por ejemplo me parece interesante el hecho que algunas tecnología te permita tener las manos un poco más libres, por ejemplo como las bombas, no; porque significa que las reglas y tienes ese pequeño tiempo que es para regular, te da ese tiempito suficiente para que converses, yo sé que ya está graduado, le pongo en stand by y le pongo su medicamento y lo cierro. Y en vez de demorarme ahí de graduarlo, ese ratito **puedo compartir con esa persona**. Dispositivos que nos ayudan a ganar tiempo

Por ejemplo eso es algo tecnológico que ayuda por el tiempo, no. En el hecho de algunas cosas, no como colchones neumáticos, algunos dispositivos para la movilizar a la persona, este que se yo. La cirugía laparoscópica también no, tú sabes que es mucho más rápido y a nosotros nos alivia mucho el tiempo. Hay varias cosas, los hemovac, las bolsas de colostomías, los drenes, etc. Eso te hace ganar tiempo, según el modo de ver no, ganancia de tiempo para que sea utilizado en otra forma.

Pero también genera algo negativo, no por eso te decía mucho depende de la individualidad y de la disposición que tenga el personal como persona, la enfermera con la persona que vas a cuidar. Porque a veces lo tomamos eso como para tiempo libre, entonces ya no estoy tan recargada, programo tal cosita y puedo conversar, o puedo hacer mi registro, o duermo un poquito más, porque ya tengo y tanto que estar con la persona; entonces esto a veces te distancia.

Yo no trabajo por ejemplo en UCI ni en UCIN, pero algunas veces que he ido, he visto que esto ya se vuelve mecánico, entonces miro al monitor y escribo no más; pero ni siquiera lo he tocado. Y me ha pasado no, porque ahora que tenemos el pulsioxímetro que avanzas con los signos vitales, obviamente avanzas. Pero un día una enfermera me dice que una paciente tenía 126 de pulso, y estaba alto en relación a sus basales, entonces yo voy a ver el paciente agarro y lo veo tranquilo, entonces digo hay que tomarle el pulso a mano y obviamente no me sale tampoco 60x' o 70x', pero me sale 102x'; totalmente diferente al pulsioxímetro, entonces yo digo hasta qué nivel podemos confiar 100% en la tecnología? A raíz de esto siempre cuando yo veo un pulso muy alto, lo controlo confirmo mejor en forma manual, porque ya ha pasado, ya lo viví una vez. Ya no confío

Por eso te digo, tienen su pro y su contra, por ejemplo a mí me parece que deberíamos retornar a la enfermería básica, a la esencia. Revisar sueros, movilizar, bañar, estar más cerca...Yo te juro que en estos 10 años que llevo en el hospital, 8 en cirugía, y si he bañado a 2 a 3 pacientes por día, en todo este tiempo para mí es lo máximo.

Entrevistadora: *porque crees que ha pasado eso?*

Entrevistada: *hay muchos factores, yo lo primero le atribuiría ciertamente a la complejidad de los pacientes y el tiempo que hay para cada uno, es un factor innegable para mí. Porque a veces queremos y no lo podemos hacer, ya regreso señora, y no regresas; y mientras decimos eso se vuelve una mentira, le has dicho ya regreso y es una mentira....y esto es un hecho real, que no nos alcanzamos para la cantidad de pacientes con la complejidad que tenemos para dar cuidado como se debe.*

Y ahí por ejemplo yo si me pondría a pensar cuantas de nosotras, queremos ser enfermeras, queremos ser porque quizás remunerativamente estamos más o menos, o porque relativamente se encuentra rápido el trabajo. Y otro factor es la formación, yo recuerdo cuando yo, fui estudiante, que fue hace quince años y un poquito más, que nosotros como estudiantes bañábamos a nuestros pacientes, y les hacíamos todo, y los dejábamos pues ok. Nuestro tiempo de práctica era mayor y nuestro tiempo de estudio era como más apretado. Y justo cuando vino un alumnito de España, decía yo no entiendo cómo es que están tan apretadas las estudiantes de enfermería, ó sea están práctica en la mañana, clase en la tarde. Pero esto te acostumbra un poco al ritmo hospitalario que vas a tener, pero antes eran 3, 4, 5 horas de práctica; en la universidad donde yo estoy lo hacemos 2. Entonces 2 días de práctica y cuanto rotas, 3 semanas, o semanas, pero no son 3 semanas sino 6 días y

hasta que le digas esto queda aquí y lo otro, te quedan 5. Y lo otro es la cantidad de estudiantes por enfermera que hace docencia no, hay que pensar también el número de estudiantes que llevamos. Del segundo o tercer ciclo llevamos 6 o 7. Y realmente podemos estar con todas?

*Pero lo fundamental creo que es eso, el tipo de persona hace mucho, porque es cierto **que** tenemos “días largos” pero hay cositas que sí se pueden compensar. Por lo menos para conversar **porque se pasan las cosas muy mecánicamente. Entonces la persona ve a la enfermera como una ejecutora de procedimientos. Que le van a poner el medicamento, que vienen a ver cuántas veces al día ha orinado, a ver el drenaje, te ven como muy específico a las cosas; pro si tú vas con la persona y le dices Sra. La enfermera con usted conversa, le brinda apoyo, le permite expresarse, le entrevista alguna vez.***

Entrevistadora: le permite expresarse...

Entrevistada: *si escucharlos pero para ello hay que tener **disposición...** si sobre todo es disposición, **claro que hay fatiga... el personal está dispuesto a trabajar 150 horas al mes es bastante respetable para un enfermera, porque más horas al mes significa que tú misma te desgastes y ese desgaste lo transmitas al resto.** Si estás cansada obviamente no le vas a transmitir esa alegría, ni fortaleza, ni entusiasmo, sino tu cansancio.*

Entrevistadora: lirio, que más podrías agregar en cuanto al cuidado, ¿qué crees que se debe hacer para lograr un cuidado humanizado?.

Entrevistada: *mira yo siempre he pensado que para obtener el cuidado humanizado **debemos empezar por tratar de sacar nosotros algunas cosas que tenemos dentro, que no queremos que salgan.** Sabiendo nosotros que estamos en paz como uno dice consigo*

mismo es que vamos a poder dar. Porque nadie da lo que no tiene, y mientras no tengas esa tranquilidad, no los va poder dar. Eso es como punto 1 inicial y base para todo, todo

*Pero si hablamos específicamente del aspecto de gestión, sería cosa que nos organicemos mejor y de que... si bien es cierto el trabajo funcional puede ayudar mucho en los servicios pero hasta cierto punto nos deshumaniza. Hasta cierto punto nos deshumaniza, Porque estas tan concentrada en lograr tus metas de lo que te corresponde que te olvidas del resto, entonces te olvidas absolutamente del resto **Entonces organizarnos de otra forma en la que se tenga la responsabilidad de ese acercamiento, que incluso que figure como parte de las funciones de la** enfermera. Si tú lees la mayoría de funciones, de la mayoría de los servicios son control de funciones vitales, dar tratamiento, transportar al paciente, hacer balance; pero **en ningún momento te lo dice en ninguna dice interactúa con el paciente, no te lo dice. Y eso no es producción***

Entrevistadora: y eso no es producción...

Entrevistada: *eso no es producción, no está considerado ni como función y eso es lo básico Por ejemplo si una persona ingresa, esa persona debe ser entrevistada previamente, enteramos de a poquitos ah el señor me dijo esto ah el señor es hipertenso, ah me ha dicho que no puede caminar...este debe ser entrevistada previamente, que problemas trae, y al final el paciente pasa un semana y recién nos estamos enterando, conociendo Y entonces esa valoración de inicio, que todos los libros lo dicen, la entrevista de valoración. **Y la base principal que sustenta el cuidado de enfermería es la interacción, la relación personal, que es lo mismo, no, y esa base no la tenemos en ningún sitio del hospital.***

Entrevistadora: dijiste algo de la separación de acciones, ¿crees que se está dando un cuidado holístico?

Entrevistada: no, pero creo lo intentamos, pero hay chispazos, y a veces muy buenos chispazos, pero por lo que vemos no lo creo al 100%, ó sea por lo que veo no lo creo. **Porque para que sea holístico, esto debe ser continuado, hoy si hoy hay un chispazo y mañana no... debe ser continuado** En realidad pienso que se debería empezar con los estudiantes, claro que con nosotros también se puede trabajar obvio, **no nadie ha terminado de aprender; nosotros podemos combatir radicalmente nuestra forma de pensar;** pero en los estudiantes es fundamental. Incluso te cuento a manera personal, que cuando yo empecé a ver mis temas probables de tesis, quería establecer o hacer un tipo o una investigación acción, determinando un proyecto para enseñarles a los estudiantes del 1er y 2do ciclo para enseñarles a interactuar. Y ver si ese proyecto se lleve como asignatura nos sirve para lo demás, nosotros empezamos con cuidado fundamentales, metodologías y **vemos interrelación así (muestra con dedos un angosto espacio) y lo repetimos y lo repetimos pero como si fuera una frase.** Cuando llevo a los alumnos al hospital se quedan paraditos y no saben ni preguntar, interactuar, asustaditos como si los arrojaras a una piscina vacía... Mi inquietud era eso .no lo logré hacer, **debemos empezar a retomar la piedra angular del cuidado que es la interrelación, enseñar a los estudiantes a aprender a interactuar.** Te voy a contar mi experiencia, saliéndonos un poquito del tema...

Ambas hablamos sobre nuestras experiencias con los estudiantes, como docentes...

(Aquí ya nos desviamos de la entrevista)

Entrevistadora: muchísimas gracias lirio

Entrevistada: no a ti, gracias a ti.

ANEXO E

FORMA PERSONAL DE LA INVESTIGADORA EN LOS INICIOS DE DESCONTEXTUALIZACIÓN DE TESTIMONIOS, EN GRUPOS DE PALABRAS/CATEGORÍAS SIMPLES:

ENTREVISTA DAS	Aspectos cognitivos de cuidado Discursos ante la pregunta: ¿Qué significa para ti el cuidado?	BUSCANDO LOS CÓDIGOS, PARA LLEGAR A: Núcleos figurativos / esquema figurativo
---------------------------	--	--

Begonia (RL)	<p>Significa actuar de forma humana, de acuerdo a lo que necesita esa persona, pero que esa necesidad, va a estar enlazada a su problema de enfermedad en el hospital, eso significa para mí...”</p> <p>¿A LO QUE ES ENFERMEDAD?</p> <p>“No, no, no.... no a lo que es enfermedad, sino al actuar en forma humana de esas personas, que necesitan del cuidado de la enfermera, pero ese cuidado va a ser coherente o de repente va a tener su origen de repente en un problema de salud, no voy al problema de salud, sino a la necesidad derivada de ese problema de salud. Yo pienso que cuando uno lo hace con amor, lo hace con cariño, lo hace con dedicación, todo eso es positivo y la satisfacción te llena... de que estoy haciendo mi trabajo, llego ya a mi casa a descansar, estoy satisfecha...”</p> <p>mmm.... bueno.....he pasado por varios servicios, en Cirugía debo estar un promedio de 5 años debo estar ahí, igual este, creo que el cuidado deber ser nuestra razón de ser de enfermería. Y de repente igual con nuestras excepciones, por ejemplo obviamente se nos va a ir en un momento, de repente, por motivos ajenos a uno mismo, a la presión, tanta cosa. Yo creo que el cuidado implica todo, una atención integral, llena de humanismo, de ética, no, con fundamentos, de repente también científico, que en mi caso, como que tengo el conocimiento, lo básico, pero como que se ha quedado detrás, no, o sea no he hecho ninguna especialidad. Pero igual yo creo que primando primero el cuidado en sí, el amor con el que uno lo haga las</p>	<p>actuar de forma humana</p> <p>cuidado va a ser coherente o de repente va a tener su origen de repente en un problema de salud,</p> <p>cuando uno lo hace con amor, lo hace con cariño, lo hace con dedicación, todo eso es positivo y la satisfacción te llena</p>
-----------------	--	--

<p>Azucena (MZ)</p>	<p>cosas, como que, si bien el conocimiento científico no hubiera, prima siempre el criterio, no, el criterio que te guía, que te hace ver, que hay una carencia, que hay algo que no está bien. Yo siempre he creído a pesar que a veces me siento como ignorante en muchas cosas pero en cuestiones de valores matemáticos, que digamos, no así. Nosotros somos seres que vivimos, al lado del paciente siempre, siempre; entonces necesitamos estar como personas muy saludables mental y físicamente; y como que esas cosas, esas, carencias que tiene el seguro en general, porque yo no creo que solo sea el servicio, aunque hay algunos que trabajan con diferentes estrategias, yo creo que esas carencias en lo puedan ser superadas mejorarían definitivamente, no, todo, nuestra calidad y de nuestra vida.</p> <p>“Para mi cuidar significa que yo atienda a los pacientes con amor, que los pueda ayudar y sobre todo escuchar que eso es lo que más desean cuando están en el servicio, muchos se quejan de que no les hacen caso, el médico envía a sus internos y estos son jovencitos y ellos nada de acercarse a los pacientes y ellos nos quieren decir todo a nosotras y no les escuchamos porque estamos corriendo para hacer las cosas, pero la mayor parte de veces me siento contenta porque trato de hacer bien las cosas con la falta de material y todo, trato de conversar con los pacientes sobre todo con los de cáncer que los veo más necesitados de atención, a veces me siento con cólera con la jefa que no nos ayuda y encima dice que soy malcriada y...</p> <p>Bueno el cuidado no lo veo como nos han enseñado en la universidad y lo dice la teoría, que es un cuidado holístico, es un cuidado en el que el paciente debe ser tratado como ser de una forma integral, no es, no se ve eso no, porque pienso de que no es porque no pongamos de nuestra parte, nosotros no queremos hacer, sino por el tiempo y por la demanda de pacientes. No sabemos si tenemos esa, en teoría de que el paciente es un ser individual, que cada paciente es un ser uno, entonces cada persona tiene caracteres y costumbres diferentes que tenemos que ir captando y también tratar de manejar día a día del trabajo, pero a veces es imposible o es un poco difícil manejar eso, de repente por el tiempo y la gran carga laboral no, es prácticamente muy muy difícil, casi no se llega. A veces hay cosas de que son necesarias saberlas no y en el momento que uno va a atender de repente estas controlando tus funciones por ejemplo, y el tiempo que tu empleas no es suficiente no, para un poco más, de repente en el sentir del paciente y del familiar también, que es parte importante del cuidado también.</p> <p>(...) yo creo que sí, el tiempo y también este más, claro el tiempo y bueno también hay situaciones, no por ejemplo; en la hora nosotras, que trabajamos en el turno de la tarde de 1 a 7, también hay cosas que son contra el tiempo de repente por ejemplo, cuando se prolonga la hora del reporte, no, llegamos al momento de la ronda y ahí nomas empieza la hora de la visita y es un poco difícil, mientras salen los familiares son dos horas, entonces no se puede</p>	<p>que el cuidado deber ser nuestra razón de ser de enfermería</p> <p>cuidado implica todo, una atención integral, llena de humanismo, de ética, no, con fundamentos, de repente también científico,</p> <p>, el amor con el que uno lo haga</p> <p>si bien el conocimiento científico no hubiera, prima siempre el criterio, no, el criterio que te guía, que te hace ver,</p>
-------------------------	---	---

<p>Margarita</p> <p>(MP)</p>	<p><i>interrelacionar tanto con el paciente, a veces por la gran cantidad de familiares no, y hay pacientes que llaman a sala y el mismo trabajo y es difícil y queda muy poco tiempo para hacer eso no, y también la demanda de pacientes no... [...]Porque te podría decir, que las cosas las toman muy a la ligera, con respecto al cuidado, claro que hay muchos pacientes, que pueden tener cirugías que son simples pero que hay pacientes que evolucionan rápido, entre dos o tres días y salen de alta, pero hay cirugías muy complejas, de larga estancia, que están complicados, y que a veces es parte del descuido, y lo dejan pasar, y no se toma la debida importancia. Lógicamente que hay que pasar, pues, para que todo vaya en orden y se cumpla toda la indicación, y el paciente evoluciones mejor, hay que hacer una buena visita, lo que siempre se debe buscar, para que no quede una mala entrega, porque eso de pasar una mala visita ya complica todo, para la tarde, para la noche, y todo esto también te limita el trabajo. Entonces todo es una cadena, que se desencadena desde cuando empiezas un turno no tan bueno, y que te limita pues ha interrelacionar, a conversar con el paciente, para poder dar un mejor cuidado. Y así son varias cositas que van aunando a esa falta de cuidado.</i></p>	<p><i>mi cuidar significa que yo atienda a los pacientes con amor, que los pueda ayudar y sobre todo escucharque eso es lo que más desean cuando están en el servicio</i></p>
<p>Rosa roja</p>	<p><i>O sea tener, como su nombre lo dice.....el cuidado es tener preocupación, es ser responsable ante lo que yo estoy, una persona un ser humano, es cuidar. ¿que siento?, bueno si es una persona mayor yo podría considerar como a un padre, una madre; si es una persona adulta como un hermanos, si son adolescentes como a un hijo, sí, pero a veces no se puede porque no hay tiempo. Entrar en los problemas sociales, económicos. Que todos tenemos problemas no, y orientar y va por acá y por allá y llamar a la asistente social.</i></p> <p><i>También digamos la cantidad de pacientes, porque mayormente ahorita pues habrán 5 pacientes, no, ponle 10 como mínimo en el preoperatorio. Y ahorita están operando hasta los sábados, ó sea más días operatorios, y aparte las emergencias. Y la gran cantidad de inyectables. Y parte lo que observamos es lo que ya se ha hecho, no como diario que revisamos las vías para no llegar a las flebitis; previniendo también las neumonías; de levantar a los pacientes antes de las 24 horas, salvo que tenga una indicación no levantarlos; las nebulizaciones tanto en pre y post operatorio; sus ejercicios respiratorios, no. Y esos detalles nos está llevando a prevenir las neumonías. Aunque ya muchas veces vienen de UCI.</i></p> <p><i>Y ahorita estamos en los círculos de calidad, que hoy me ha tocado en este año, las heridas, hay que saber identificar, una herida normal de una infectada. La herida infectada aparte que la secreción purulenta duele, el olor característico y el dolor. Dolor desde el momento que tú te has operado. Eso es herida infectada, y sus hematomas, pues. Yo me acuerdo que en unos de los servicios un médico pasaba una reglita y si había abultamiento ya era ceroma.</i></p>	<p><i>cuidado no lo veo como nos han enseñado en la universidad y lo dice la teoría, que es un cuidado holístico, es un cuidado en el que el paciente debe ser tratado como ser de una forma integral, no es, no se ve eso no</i></p>

mira cuidado para mí, para la enfermería, es la acción de dar, de dar; y esperar en recibir, en el sentido, que esta persona participe con lo que tú quieres hacer. Un cuidado no significa dar por dar, sino dar según lo que la persona quiere recibir; ó sea yo pienso que si le das cosas que el paciente no quiere, no está dispuesto, no está informado, no sabe para que le va a servir, esa persona no va a colaborar contigo; y esto solo se va a quedar en una actividad que tu realizas, que de repente te puede dar resultado pero en esa persona no va a trascender. Entonces trasciende en medida, que tu logras que esa persona sepa y esté consciente de lo que tú le vas dar y él va a recibir, sabiendo que es de su beneficio, ó sea en esa medida yo lo considero.

Nosotros generalmente en el hospital siempre estamos en eso de dar, damos, damos, *tratamos, haga esto que le va a hacer bien, tome esto que le va a hacer bien; pero muy poco le consultamos a la persona lo que quiere.*

Mira ayer por ejemplo en la noche hay una jovencita, que le han operado de una recesión de sigmoides, joven de 16 años; estaba apática, callada, buenas noches, hola, hola, te duele, sí, no. Entonces me puse a conversar con ella porque estaba tranquila y *te permitió conversar*; entonces al principio no, le empecé a explicar, mira, si tú no te levantas (porque tenía ya 5 o 6 días de operada), y nunca se había levantado; *yo le empecé a explicar y le digo que esto depende de ti.* Ella me dice, no, pero yo quiero que me ponga el medicamento, para que me quite el vómito. Y le digo es *que el medicamento es una parte pero la otra parte es tuya, que justamente es eso es cuidar.* Ó sea que *si tú no logras que esa persona esté convencida de lo que tú le dices, que va hacer para su bienestar, definitivamente tú no puedes, no puedes. El involucramiento de la persona es fundamental, generalmente es la base de la interacción,* porque si yo no converso, no exploro más de lo que se, o de lo que sé de lo que me dicen, *definitivamente no voy a poder saber e individualizar el cuidado;* no como un poco estandarizar lo que ya sabemos.

Cuando logras que la persona te entienda y colabore contigo la satisfacción es mayor. Nosotros que trabajamos en asistencial te darás cuenta que cuando tú haces acciones y esa persona se recupera, pero si simplemente la hiciste solo tú, te vas satisfecha sí pero si no ahí se trabajó como todos los días.

Pero si logras que esa persona modifique su conducta, tú realmente te sientes importante.; porque dices yo logré que esa persona camine, hable; por ejemplo a mí se sorprendió mucho ayer ella caminó, a regañadientes, pero se

entonces no se puede interrelacionar tanto con el paciente, a veces por la gran cantidad de familiares

Tulipán	<p>levantó caminó no vomitó en toda la noche. Y hoy a las 5 am se levantó ella solita y me vio y que me queda mirando y me dijo: "Srta., hoy ya me siento mejor". Y estaba convencida que se sentía mejor, y eso para mí me da muchísima más satisfacción que daría si solo le diría que lo haga, que se levante en contra de su voluntad... Y eso es un logro, pero eso se establece, si tú logras esa interacción, si logras establecer esta relación porque interactuar no es sólo hablar y saludarla; si tú logras que la persona, te cuente, te permite ingresar un poquito más en ella misma, eso si te va hacer transformar tu vida.</p> <p>En el caso yo, por ejemplo que tengo un problema de salud, hay gente que me ha enseñado mucho a confiar mucho en Dios; que me ha enseñado que lo que yo tengo es superable en relación a otra gente. Hay gente que cuando tú llegas a interactuar con ellos, la persona te conoce; entonces tu llegas y te dicen Srta., esta triste, le pasa algo y te preguntan no; como un señor, que ya falleció y que me dijo en esos momentos que me sentía mal ¿usted se siente mal?; pero como digo esto se puede transmitir, no. Porque yo aparentemente yo estaba risueña, estaba conversando con él, tratando de ocultar; pero cuando tú estableces ese nexo, las personas si se pueden dar cuenta y te comprenden y te dan fuerza...mira principalmente creo que es la disposición que se tiene; porque la enfermera puede saber mucho, porque hay gente que académicamente hablando muy rica; pero de repente no saben transmitir, no saben cómo llegar. Y hay otras enfermeras que no tienen mucha formación académica, pero que tienen forma de llegar; muy importante, y justamente se trata de eso, de disposición de darse. Y en general no sólo es enfermería, sino las personas tratamos de mostrar lo que nos gusta mostrar. Cositas que nos gustan guardarnos a un grupo reducido de personas; y a veces ni siquiera a nosotros. Entonces la disposición de darse es muy importante, para que el cuidado trascienda porque hace que la persona te vea también como un ser humano. Si tú te aperturas a la persona y le dices mire estoy con un dolor fuerte, estoy mal, con malestar, siento dolor, tengo problemas, pero vengo a cuidarlo de la mejor forma; entonces esa persona te va a ver valiosa y definitivamente lo va a disfrutar y te va a entender; entonces humanizamos porque si no solamente te ven como una máquina de hacer cosas. Para mi es la disposición de las personas las ganas para hacer las cosas Por eso que para mí las ganas que tiene la persona para cuidar es un factor muy importante.</p>	<p>Es una cadena</p> <p>el cuidado es tener preocupación, es ser responsable ante lo que yo estoy, una persona un ser humano, es cuidar.</p>
---------	---	---

<p>Lirio</p>	<p>Lo otro es la personalidad, el carácter o temperamento que te hace que el trabajo te hagas más o menos difícil. Y lo otro es la capacidad que tienes, no porque cuanto más sabes, obviamente deberías tener más formas o estrategias de como acercarte a la persona que vas a cuidar. El conocimiento y el arte...pues, enfermería realmente tiene todo; nosotras somos privilegiadas, ¿porque es ciencia?, porque tiene sus bases, sus sustentos hay estudios, hay parte científica que te dice sí, que lo que tú estás haciendo te generan resultados positivos y si no, porque tiene resultados negativos con la persona, no. Pero se tiene que combinar con arte, justamente ahí está en cómo aplicar esos conocimientos en momentos específicos; ó sea no para todos es el mismo cuidado, porque muchas veces tienes que crear y crear cosas que no existen.</p> <p>Por ejemplo el otro día le decía mi alumna, por decir no cuidar una dermatitis, yo por ejemplo con pañal con.....y funcionó; y yo les dije chicas a ver en una guardia hay que probar con tegaderm grande, y bien, funcionó también. Y si te das cuenta tienen los mismos principios.</p> <p>Y ya vas creando, y yo les llevé a mis alumnos y les enseñé, no pero que no está en los libros y que no lo van a ver, y quizás en unos años estén porque es una estrategia valida, científicamente válida; pero que ha sido una creación de un grupo de enfermeras frente a este problema. Entonces en enfermería combinan muchas cosas, creatividad, conocimientos, en parte formación de tu casa, cuán importante es la formación de tu casa, cómo te han criado, que haces, que no haces, como te comportas, te quedas callada si haces algo equivocado o lo dices. Entonces esa parte de la formación de casa es muy importante para la enfermera, entonces te permite validar. Incluso muchas veces enfermería es más arte que ciencia, porque muchas veces experimentamos y somos las profesiones que menos trabajos o comunicaciones de esas prácticas creativas tenemos; sin embargo muchas de estas creaciones y prácticas han generado resultados positivos pero no hay evidencia. Por ejemplo lo del pañal existe la evidencia pero científicamente no está publicado. Entonces entre comillas es parte del historial de enfermería, del servicio; entonces yo me pongo a pensar, de aquí a unos años que no estemos y si no lo transmitimos a otras personas, eso va a quedar en el olvido.</p> <p>La vez pasada le decía a una interna que esto en la piel se hacía mejor, mira con esto se cura, y ella me dijo en que</p>	
--------------	---	--

libro está eso; y le dije no esto se le ocurrió antes a una enfermera; y que hoy ya no trabaja aquí, lo hizo al inicio con pañal ha funcionado ahora lo usamos con tegaderm y funciona; y le pareció interesante porque sabemos que es una herramienta creativa, importante pero que no sabemos si a lo largo tendrá un fundamento científico; mira yo siempre he pensado que para obtener el cuidado humanizado debemos empezar por tratar de sacar nosotros algunas cosas que tenemos dentro, que no queremos que salgan. Sabiendo nosotros que estamos en paz como uno dice consigo mismo es que vamos a poder dar. Porque nadie da no lo que no tiene, y mientras no tengas esa tranquilidad, no los va poder dar. Eso es como punto 1 inicial y base para todo, todo Pero si hablamos específicamente del aspecto de gestión, sería cosa que nos organicemos mejor y de que...si bien es cierto el trabajo funcional puede ayudar mucho en los servicios pero hasta cierto punto nos deshumaniza. Hasta cierto punto nos deshumaniza, Porque estas tan concentrada en lograr tus metas de lo que te corresponde que te olvidas del resto, entonces te olvidas absolutamente del resto Entonces organizarnos de otra forma en la que se tenga la responsabilidad de ese acercamiento, que incluso que figure como parte de las funciones de la enfermera. Si tú lees la mayoría de funciones, de la mayoría de los servicios son control de funciones vitales, dar tratamiento, transportar al paciente, hacer balance; pero en ningún momento te lo dice en ninguna dice interactúa con el paciente, no te lo dice. Y eso no es producción Y eso no es producción, no está considerado ni como función y eso es lo básico Por ejemplo si una persona ingresa, esa persona debe ser entrevistada previamente, enteramos de a poquitos ah el señor me dijo esto ah el señor es hipertenso, ah me ha dicho que no puede caminar...este debe ser entrevistada previamente, que problemas trae, y al final el paciente pasa un semana y recién nos estamos enterando, conociendo Y entonces esa valoración de inicio, que todos los libros lo dicen, la entrevista de valoración. Y la base principal que sustenta el cuidado de enfermería es la interacción, la relación personal, que es lo mismo, no, y esa base no la tenemos en ningún sitio del hospital.

No creo que se esté dando un cuidado holístico,

	<p>no, pero creo lo intentamos, pero hay chispazos, y a veces muy buenos chispazos, pero por lo que vemos no lo creo al 100%, ó sea por lo que veo no lo creo. Porque para que sea holístico, esto debe ser continuado, hoy si hoy hay un chispazo y mañana no ... debe ser continuado En realidad pienso que se debería empezar con los estudiantes, claro que con nosotros también se puede trabajar obvio, no nadie ha terminado de aprender; nosotros podemos combatir radicalmente nuestra forma de pensar; pero en los estudiantes es fundamental. Incluso te cuento a manera personal, que cuando yo empecé a ver mis temas probables de tesis, quería establecer o hacer un tipo o una investigación acción, determinando un proyecto para enseñarles a los estudiantes del 1er y 2do ciclo para enseñarles a interactuar. Y ver si ese proyecto se lleve como asignatura nos sirve para lo demás, nosotros empezamos con cuidado fundamentales, metodologías y vemos interrelación así (muestra con dedos un angosto espacio) y lo repetimos y lo repetimos pero como si fuera una frase. Cuando llevo a los alumnos al hospital se quedan paradiños y no saben ni preguntar, interactuar, asustaditos como si los arrojaras a una piscina vacía... Mi inquietud era eso .no lo logré hacer, debemos empezar a retomar la piedra angular del cuidado que es la interrelación, enseñar a los estudiantes a aprender a interactuar</p>	
--	---	--

El cuidado ideal moral y ético de la enfermería, cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, trans-personal e intersubjetivo. (Yean Watson 2009)

ENTRE VISTAS	Discursos ante la pregunta:	BUSCANDO LOS CÓDIGOS, PARA LLEGAR A: Núcleos figurativos / esquema figurativo
	2.- ¿QUE SIGNIFICA PARA TI SER ENFERMERA?	
Begonia	<p>Bueno esos 30 años, tienen un gran significado mucho para mí. El primer significado que te podría decir es la satisfacción que tengo de ser enfermera, con lo que yo he podido brindar a las personas que he cuidado y les puedo decir que he tenido un poco de suerte. Los primeros 5 años he cuidado a neonatos en el servicio de Neonatología, 12 años de docencia y el resto pues en este servicio; entonces de repente esto es una experiencia muy rica en el cuidado de las personas desde prácticamente recién nacido hasta la etapa final de la vida no, que muchas veces que en el servicio donde estoy, hay personas muy graves que está completamente pendientes su vidas de ellos no. Para mí es una satisfacción porque, no la satisfacción en el esfuerzo físico, si no la satisfacción tal vez de en el cariño que te demuestra si es posible, si es tratable dentro de la posibilidad de la persona que cuidamos, con un cariño verbal, o sino de la familia, que cuando se van de alta y regresan y preguntan por la enfermera y eso para mí significa mucho, para mí hasta a veces me emociono cuando alguien te encuentra por ahí, y me dice ¿cómo está?, se acuerda y no, como que tu esfuerzo que hiciste lo percibes mas después, ha sido un gran esfuerzo no, y se convierte como que en más fuerzas para seguir adelante no porque los tiempos pasan y pero uno siempre sigue y creo que debe ser nuestra profesión que nos da mayor fuerza para también echarle ganas y es lo que te puedo resumir de mi experiencia.</p> <p>“Es algo que creo que si volviera a nacer, volvería a ser. Es una dicha realmente atender a pacientes o a personas a quien podamos a quien podamos servir o mejorar su calidad de vida con nuestra ayuda o simplemente con una palabra, no, que lo ayudamos:::Pero en mi vida siempre ha sido prioridad, este, otra gente, la comunidad, y claro se ha ido de mi vida personal, pero como te digo, a veces por mis excesos también, porque a veces con nuestra juventud y todo no vemos la necesidad que tiene la</p>	<p>Es una dicha Es atender a personas Es mejorar calidad de vida Ha sido prioridad, dejando familia Fin, meta</p> <p>mí es un aprender día a día, porque pienso que la enfermera no es solo poner una inyección, llenar un registro, hacer una nota, sino es interrelacionar y empatizar con los pacientes</p>

Tulipán	<p>edad, donde tienen más complicaciones y hay que estar en la observación de ellos, de desequilibrio electrolítico las enfermedades oncológicas, que mayormente ahorita ese están observando de colon. Ó sea el cáncer de colon es tan silencioso, ó sea que mayormente necesitamos el examen, una colonoscopia. Eso se está observando últimamente puro colon.</p> <p>y después le siguen, los otros son los canceres gástricos. Y los otros son estas con diagnóstico de las estomas, de las wipler, de cáncer de estómago, o cabeza de páncreas, los ampulomas. Y ahorita si ha ganado espacio en las pancreatetectomías, que son operaciones grandes. Ó sea parte de ser enfermera, es aparte de todo los conocimientos, es también tener esa sensibilidad. Ya me acuerdo de hace diez años que se decía las gerencias en enfermería</p> <p>Ser enfermera es mi vida, justo ahora que veníamos conversando con la señora Nora yo le decía, quiero preguntarte si quieres no, no yo entiendo que es una oportunidad valiosa y para ti y te vas a poder desarrollar. Yo le dije algo que estoy segura que es cierto, yo soy enfermera y soy asistencial. Y te lo voy a repetir lo que le dije a ella: no sé si de aquí a unos años tendré la idea o ganas de querer ser jefa o supervisora, o retirarme o no sé; pero yo ahorita lo que quiero es ser asistencial, ó sea me gusta ser asistencial; justamente por eso si hago docencia es porque se complementa, siento que si llevo a la alumna, yo puedo transmitirle esas ganas de ser enfermera; incluso a veces me han querido pasar a otras asignaturas, como gerencia u otras. Ó sea pero yo no, cirugía me gusta, me gusta muchísimo. Entonces yo no me veo fuera del hospital u servicio; aunque a veces me cuesta físicamente hablando. Fuera y dentro, sigo siendo enfermera, yo siento que soy enfermera en cualquier momento; y alguien me cuenta o me dice algo y estoy pensando como enfermera, ó sea es imposible. no pensar como enfermera, se te sale...me siento muy satisfecha, me siento feliz... y es imposible no pensar como enfermera no ósea se te sale, yo por ejemplo cuando ya no estoy en el hospital sino en mi casa, donde tengo a mis padres que están mayores, que merecen de cuidados especiales, entonces se da todo el conjunto que se da para eso, no, ser enfermera es parte de mi vida y no lo dejaría</p> <p>mirala verdad que creo que eso siempre lo he tenido claro, yo no me he acuerdo una fecha clara; pero por ejemplo recuerdo que un señor había fallecido, mi vecinito, cuando yo tenía unos 5 añitos más o menos, me regaló una maletita,</p>	
---------	--	--

Lirio	<p> <i>blanquita, con su cruz roja, maletita que tenía su jeringuita, su gasita, su curita, todo y un gorrito de enfermera; me lo regaló cuando fuimos a pasear a su fundo. Y es algo que lo tengo así como si hubiera sido ayer, eso ya pasó más de 30 años. Es para que juegues, él me dijo así tú vas a ser enfermera, no y yo lo recuerdo perfectamente ese maletincito y jugaba mucho, hasta que desapareció por el uso no. Luego yo recuerdo que en el colegio siempre me gustó muchos y era muy buena en matemáticas y física biología no me gustaba mucho y tenía muy buenas notas, y todas mis compañeras me decían que yo iba a ser ingeniera; hasta nos hicieron un test vocacional y me salió ingeniería mecánica o ingeniería de sistemas; pero por ahí nos dijeron eso solo del cuestionario; y cuando llegamos a la entrevista, yo lo primero que dije fue voy hacer enfermera, fue la primera palabra que dije y todos voltearon y me quedaron mirando. ¿Qué, enfermera? Seguro porque académicamente no servía, pero mi primera y única opción fue enfermería a pesar de que el test no me salió, yo no sirvo para ingeniería yo no quiero trabajar con máquinas, yo quiero ser enfermera.</i> </p>	
-------	--	--

ANEXO F

PROCESO DE CODIFICACIÓN ABIERTA INICIANDO LA CODIFICACIÓN AXIAL

Declaraciones de enfermeras entrevistadas Con respecto al cuidado:	Codificación Abierta	Buscando la codificación axial (primeras aproximaciones analíticas)
¿Qué significa para ti el cuidado?		
<p><i>"Para mi cuidar significa que yo atienda a los pacientes con amor, que los pueda ayudar y sobre todo escuchar que eso es lo que más desean cuando están en el servicio, muchos se quejan de que no les hacen caso,...margarita</i></p> <p><i>"... cuidado no lo veo como nos han enseñado en la universidad y lo dice la teoría, que es un cuidado holístico, es un cuidado en el que el paciente debe ser tratado como ser de una forma integral, no es, no se ve eso no...el paciente es un ser individual, que cada paciente es un ser uno, entonces cada persona tiene caracteres y costumbres diferentes que tenemos que ir captando y también tratar de manejar día a día del trabajo..."rosa roja</i></p>	<p><i>Atención con amor</i> <i>Que los pueda ayudar</i> <i>Ser escuchados es lo que más necesitan</i></p> <p><i>Se quejan de que no les hacen caso</i></p> <p><i>No lo veo como nos han enseñado en la universidad</i> <i>La teoría dice que el cuidado es Holístico</i> <i>Tratar en forma integral</i> <i>Como ser individual</i> <i>Cada persona tiene caracteres y costumbres diferentes</i> <i>Tratar de manejar día a día</i></p>	<p>Reconociendo que hay que dar amor en el cuidado Reconociendo la relación de ayuda</p> <p>Considerando las percepciones de los pacientes en relación a la comunicación, a ser escuchados Reconociendo que el estar ahí es percibido por el paciente. Reconociendo que el cuidado integral de la persona es impartido en su formación Reconociendo la importancia de la interculturalidad en la interrelación Demandando la práctica diaria del respeto por el otro</p>

CONSTRUCCIÓN SELECTIVA (Fase de Codificación)

Declaraciones de enfermeras entrevistadas Con respecto al cuidado:	Buscando en la codificación preliminar	Buscando la codificación axial (primeras aproximaciones analíticas)
¿Qué significa para ti el cuidado?		
3. MARGARITA: <i>“Para mi cuidar significa que yo atienda a los pacientes con amor, que los pueda ayudar y sobre todo escuchar que eso es lo que más desean cuando están en el servicio, muchos se quejan de que no les hacen caso,</i>	<i>Atención con amor Que los pueda ayudar Ser escuchados es lo que más necesitan</i>	Reconociendo que hay que dar amor en el cuidado Reconociendo la relación de ayuda
4. ROSA ROJA: <i>“... cuidado no lo veo como nos han enseñado en la universidad y lo dice la teoría, que es un cuidado holístico, es un cuidado en el que el paciente debe ser tratado como ser de una forma integral, no es, no se ve eso no...el paciente es un ser individual, que cada paciente es un ser uno, entonces cada persona tiene caracteres y costumbres diferentes que tenemos que ir captando y también tratar de manejar día a día del trabajo...”</i>	<i>Se quejan de que no les hacen caso No lo veo como nos han enseñado en la universidad La teoría dice que el cuidado es Holístico Tratar en forma integral Como ser individual Cada persona tiene caracteres y costumbres diferentes Tratar de manejar día a día</i>	Considerando las percepciones de los pacientes en relación a la comunicación, a ser escuchados Reconociendo que el estar ahí es percibido por el paciente. Reconociendo que el cuidado integral de la persona es impartido en su formación Reconociendo la importancia de la interculturalidad en la interrelación Demandando la práctica diaria del respeto por el otro

ORDENANDO, en busca de Núcleos figurativos

Declaraciones de enfermeras entrevistadas Con respecto al cuidado:	Buscando en la codificación abierta preliminar	Buscando la codificación axial (primeras aproximaciones analíticas)
¿Qué significa para ti el cuidado?		
1. BEGONIA: <i>“Significa actuar de forma humana, de acuerdo a lo que necesita esa persona, pero que esa necesidad, va a estar enlazada a su problema de enfermedad en el hospital, eso significa para mí...no a lo que es enfermedad, sino al actuar en forma humana de esas personas, que necesitan del cuidado de la enfermera, pero ese cuidado va a ser coherente o de repente va a tener su origen de repente en un problema de salud, no voy al problema de salud, sino a la necesidad derivada de ese problema de salud. Yo pienso que cuando uno lo hace con amor, lo hace con cariño, lo hace con dedicación, todo eso es positivo y la satisfacción te llena... de que estoy haciendo mi trabajo, luego ya a mi casa a descansar, estoy satisfecha...”</i>	<i>Actuar en forma humana lo que necesita esa persona Coherente con su problema de salud El hacer con cariño Con dedicación Te llena Es satisfactorio lo hace con amor, lo hace con cariño, lo hace con dedicación te llena</i>	Definiendo el cuidado como acción coherente con los problemas de salud Identificando necesidad de la persona Refiriendo que el cuidado hay que hacerlo con dedicación, con cariño, con amor Sintiendo satisfacción al brindar cuidado
2. AZUCENA: <i>“que el cuidado debe ser nuestra razón de ser de enfermería, el cuidado implica todo, una atención integral, llena de humanismo, de ética, no, con</i>	<i>Es nuestra razón de ser enfermera implica todo Implica todo, una atención integral Llena de humanismo, de ética Con fundamentos</i>	Identificando la razón de ser de la enfermera Identificando la totalidad del cuidado Definiendo el cuidado como atención integral, con humanismo, ética y ciencia

Begonia :

ASPECTOS COGNITIVOS DE CUIDADO	CÓDIGOS?
<p>¿QUE SIGNIFICA PARA TI EL CUIDADO? <i>"Significa actuar de forma humana, de acuerdo a lo que necesita esa persona, pero que esa necesidad, va a estar enlazada a su problema de enfermedad en el hospital, eso significa para mí..."</i></p> <p>¿A LO QUE ES ENFERMEDAD? <i>"No, no, no.... no a lo que es enfermedad, sino al actuar en forma humana de esas personas, que necesitan del cuidado de la enfermera, pero ese cuidado va a ser coherente o de repente va a tener su origen de repente en un problema de salud, no voy al problema de salud, sino a la necesidad derivada de ese problema de salud..."</i></p>	<p>✓ "Actuar en forma humana",</p> <p>✓ Expresión de afecto,</p> <p>✓ Satisfacción</p>
<p>ASPECTOS SUBJETIVOS DEL CUIDADO <i>"Yo pienso que cuando uno lo hace con amor, lo hace con cariño, lo hace con dedicación, todo eso es positivo y la satisfacción te llena... de que estoy haciendo mi trabajo, llego ya a mi casa a descansar, estoy satisfecha..."</i></p> <p>¿SE SIENTE FELIZ Y REALIZADA, PERSONAL Y PROFESIONALMENTE? <i>"Sí, yo me siento, yo me siento muy feliz, ó sea me siento no sé cómo explicarlo, siento que mi trabajo que desempeño me da felicidad, también me da mi status profesional, me da felicidad, me da mi lugar y el respeto que tengo del equipo de salud que me merezco el de trabajar como enfermera. Y yo siento que para ganarse el respeto hay que trabajar bien..."</i></p>	<p>✓ Satisfacción</p> <p>✓ Felicidad</p> <p>✓ Status</p> <p>✓ Respeto</p> <p>✓ Reconocimiento</p>

AZUCENA

ASPECTOS COGNITIVOS DE CUIDADO	CÓDIGOS
<p>¿QUE SIGNIFICA PARA TI SER ENFERMERA? <i>"Es algo que creo que si volviera a nacer, volvería hacer. Es una dicha realmente atender a pacientes o a personas a quien podamos a quien podamos servir o mejorar su calidad de vida con nuestra ayuda o simplemente con una palabra, no, que lo ayudamos:::Pero en mi vida siempre ha sido prioridad, este, otra gente, la comunidad, y claro se ha ido de mi vida personal, pero como te digo, a veces por mis excesos también, porque a veces con nuestra juventud y todo no vemos la necesidad que tiene la familia de uno, no, claro pero sin abandonarla, pero igual como que siempre ha sido mi fin, no..."</i></p>	<p>✓ Es una dicha</p> <p>✓ Es atender a personas</p> <p>✓ Es mejorar calidad de vida</p> <p>✓ Ha sido prioridad, dejando familia</p> <p>✓ Fin, meta</p>
<p>ASPECTO SOCIAL (Relación con los otros) ¿LA GESTIÓN ENTONCES INFLUYE EN EL CUIDADO? <i>De hecho, de hecho, como te decía, no hay un gerente que haya llegado un día a decir, oiga, ¿Cómo se sienten chicas?, así como al paciente; porque el paciente siente que Enfermería es algo, ellos al final saben, que nosotras al final, nos dedicamos, los apreciamos, y los ayudamos, porque ellos son nuestro objetivo. Pero, como que dentro del equipo se siente, que si el medico lo hace, pues es como que lo hace dios; eso sienten ellos. Y esa relación medico- paciente se ha vuelto muy diferente, diferente, ya ni lo toca en la mayoría de veces, salvo excepciones, pero como que, por ejemplo, en cirugía, el equipo no esta funcionando en su cabalidad. Falta conversar ese</i></p>	<p>✓ Reconocimiento del paciente, no hay reconocimiento de la gerencia</p> <p>✓ Reconocimiento del médico como si fuera el dios</p> <p>✓ Relación médico-paciente</p>

Begonia :

ASPECTOS SUBJETIVOS DE CUIDADO	CÓDIGOS
<p>¿QUE SIGNIFICA PARA TI SER ENFERMERA?</p> <p><i>"Bueno esos 30 años tienen un gran significado para mí. El primer significado que te podría decir es la satisfacción que tengo de ser enfermera, con lo que yo he podido brindar a las personas que he cuidado y les puedo decir que he tenido un poco de suerte. Los primeros 5 años he cuidado a neonatos en el servicio de Neonatología, 12 años de docencia y el resto pues en Cuidados Intensivos; entonces de repente esto es una experiencia muy rica en el cuidado de las personas ...Para mí es una satisfacción porque, no la satisfacción en el esfuerzo físico, si no la satisfacción tal vez de en el cariño que te demuestra...la persona que cuidamos..."</i></p>	<p>✓ "Satisfacción</p> <p>✓ Tener suerte de ser</p> <p>✓ Experiencia muy rica en el cuidado de las personas</p> <p>✓ No importa el esfuerzo físico, es satisfacción por el cariño que te demuestra la persona cuidada</p>
<p>¿La tecnología ha influido en el cuidado?</p> <p><i>"La evolución de las ciencias humanas es muy rica y han ido mejorando de la mano con la tecnología. Es importante para cumplir con los objetivos del equipo de salud"</i></p> <p><i>"Las actividades de la parte humana se ve fortalecidas por la tecnología, el desarrollo tecnológico ha contribuido, pero se puede desvirtuar y lo humano se puede descuidar, sin embargo no se pueden desprender..."</i></p>	<p>✓ Es importante para cumplir con los objetivos del equipo de salud</p> <p>✓ Las actividades humanas se ven fortalecidas</p> <p>✓ Se puede desvirtuar y descuidar lo humano</p> <p>✓ No se puede desprender.</p>

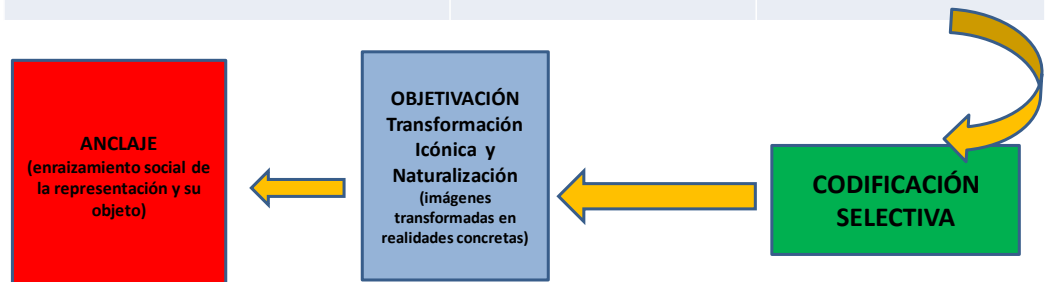
Azucena (MZ):

ASPECTOS COGNITIVOS DE CUIDADO	CÓDIGOS
<p>¿QUE SIGNIFICA PARA TI EL CUIDADO?</p> <p><i>"mmm.... bueno.....he pasado por varios servicios, en Cirugía debo estar un promedio de 5 años debo estar ahí, igual este, creo que el cuidado deber ser nuestra razón de ser de enfermería. Y de repente igual con nuestras excepciones, por ejemplo obviamente se nos va a ir en un momento, de repente, por motivos ajenos a uno mismo, a la presión, tanta cosa. Yo creo que el cuidado implica todo, una atención integral, llena de humanismo, de ética, no, con fundamentos, de repente también científico, que en mi caso, como que tengo el conocimiento, lo básico, pero como que se ha quedado detrás, no, o sea no he hecho ninguna especialidad. Pero igual yo creo que primando primero el cuidado en sí, el amor con el que uno lo haga las cosas, como que, si bien el conocimiento científico no hubiera, prima siempre el criterio, no, el criterio que te guía, que te hace ver, que hay una carencia, que hay algo que no está bien. Yo siempre he creído a pesar que a veces me siento como ignorante en muchas cosas pero en cuestiones de valores matemáticos, que digamos, no así..."</i></p>	<p>✓ Razón de ser de enfermería</p> <p>✓ Implica todo, una atención integral</p> <p>✓ Humanismo</p> <p>✓ Ético, científico</p> <p>✓ Amor, criterio</p>

Margarita (MP):

ASPECTOS COGNITIVOS DE CUIDADO	CÓDIGOS
<p>¿QUE SIGNIFICA PARA TI EL CUIDADO?</p> <p><i>“Para mi cuidar significa que yo atienda a los pacientes con amor, que los pueda ayudar y sobre todo escuchar que eso es lo que más desean cuando están en el servicio, muchos se quejan de que no les hacen caso, el médico envía a sus internos y estos son jovencitos y ellos nada de acercarse a los pacientes y ellos nos quieren decir todo a nosotras y no les escuchamos porque estamos corriendo para hacer las cosas...”</i></p>	<p>✓ Atención con amor</p> <p>✓ Sobre todo escuchar</p>
<p>Se iban considerando otros aspectos conforme iban emergiendo de acuerdo a la calidad de datos que se obtuvieron en las entrevistas.</p>	

Declaraciones de enfermeras entrevistadas Con respecto al cuidado:	Buscando en la codificación abierta	Buscando la codificación axial (primeras aproximaciones analíticas)
¿Qué significa para ti ser enfermera?		
<i>Enfermera es una persona, prácticamente aparte de estudios, siempre contar, o sea con nuestra sensibilidad, es decir sin distinción de razas, ni edades,...] A la valoración del paciente ahí uno controla y ahí aprovecha para conversar con el paciente, [...] Ó sea parte de ser enfermera, es aparte de todo los conocimientos, es también tener esa sensibilidad...tulipán</i>	<i>Es una persona , aparte de tener estudios, con sensibilidad En la valoración allí se aprovecha para conversar con el paciente... ...es decir sin distinción de razas, ni edades... ...es aparte de tener conocimientos...</i>	Persona con sensibilidad Considerando una oportunidad de interrelación enfermera-paciente en la fase de valoración Reconociendo que en el cuidado no existe discriminación Afirmando que el cuidado es ciencia.

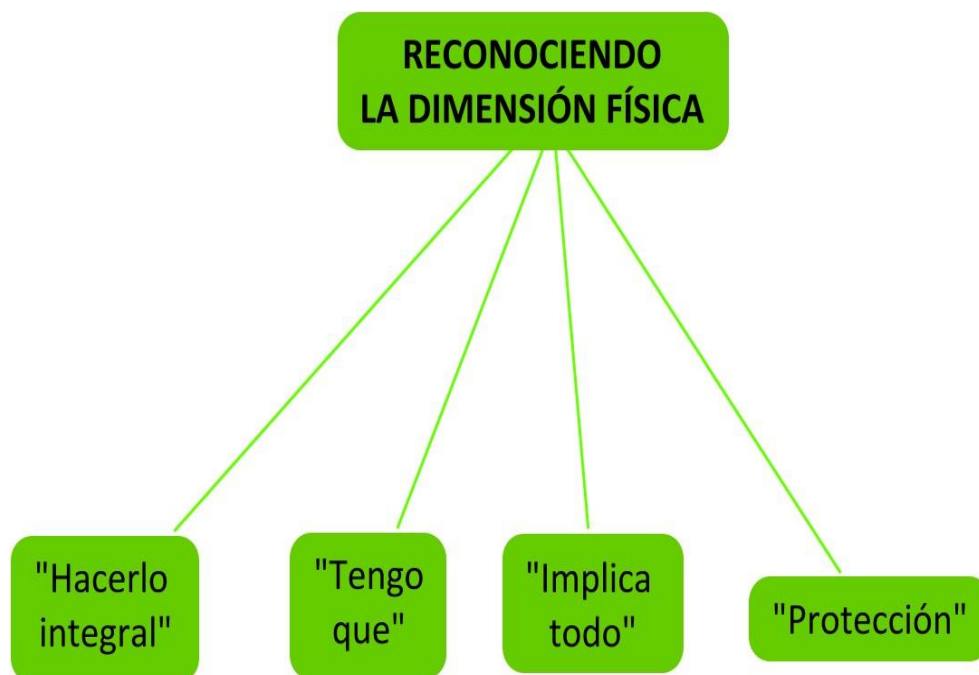




DEFINIENDO QUE EL CUIDADO NO ES SOLO CIENCIA Y ARTE, ES LA COMPLEMENTACIÓN CON EL SELF ENFERMERA

ANEXO H

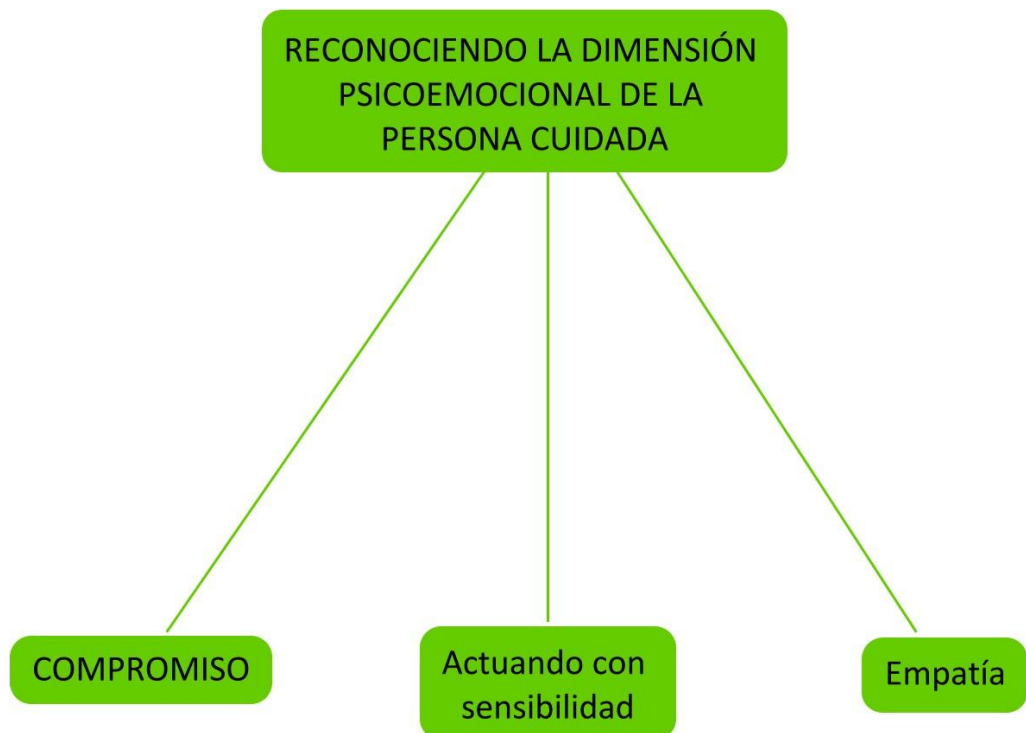
ESQUEMAS DE SUBCATEGORÍAS:



Esquema N° 6: Reconociendo la dimensión física de la persona cuidada



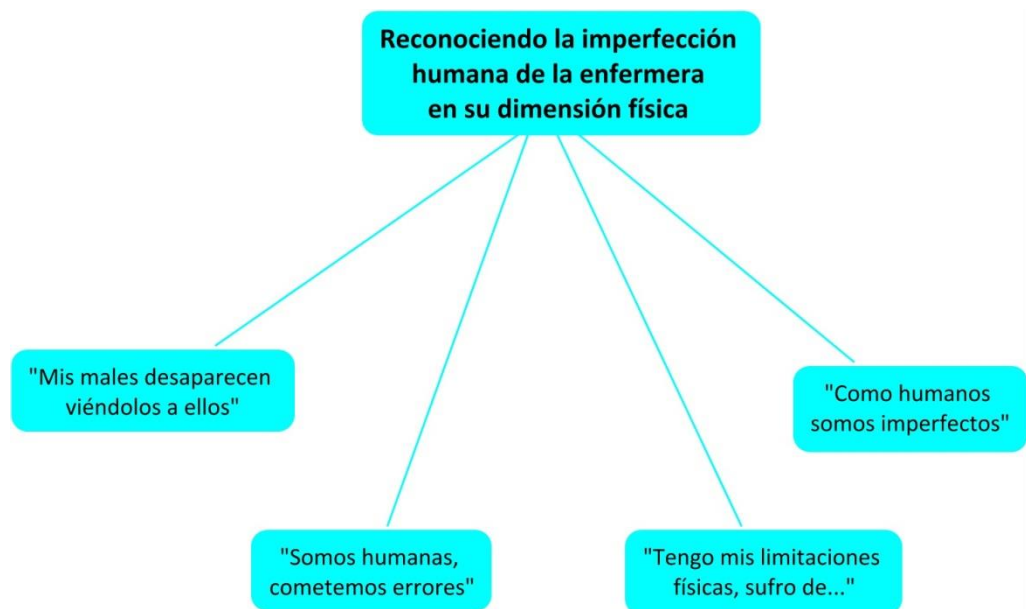
Esquema N° 7: Reconociendo la dimensión social de la persona cuidada



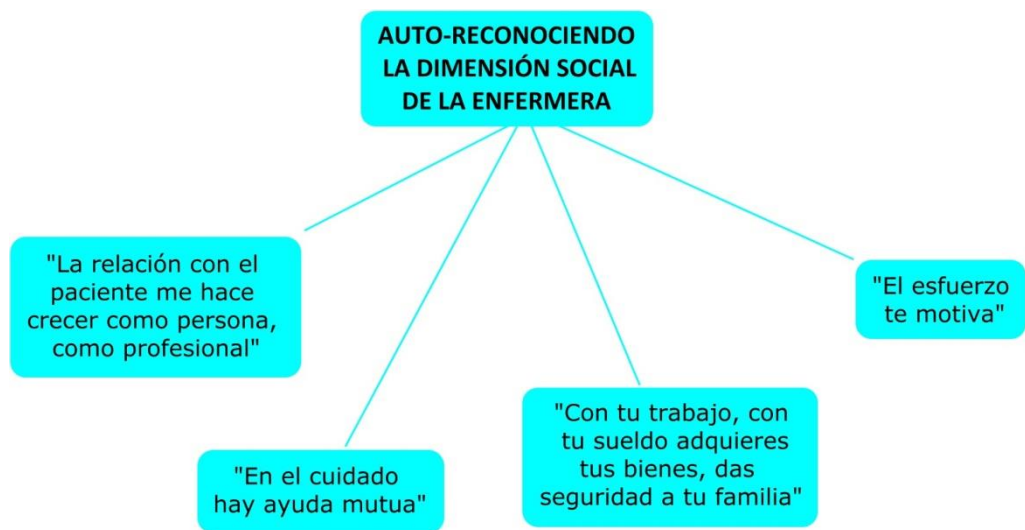
Esquema N° 8: Reconociendo dimensión psicoemocional de la persona cuidada



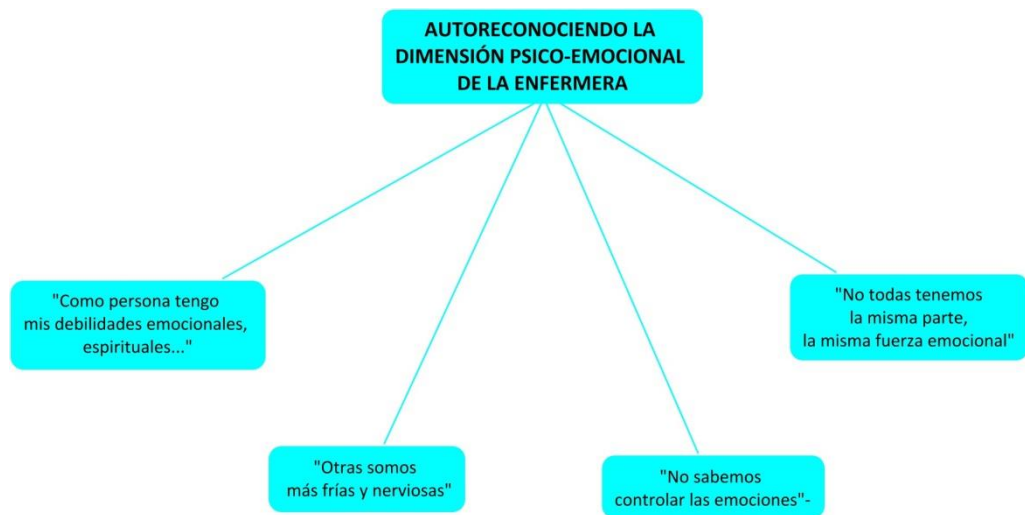
Esquema N° 9: Reconociendo la dimensión espiritual de la persona cuidada



Esquema N° 10: Reconociendo la imperfección humana de la enfermera en su dimensión física



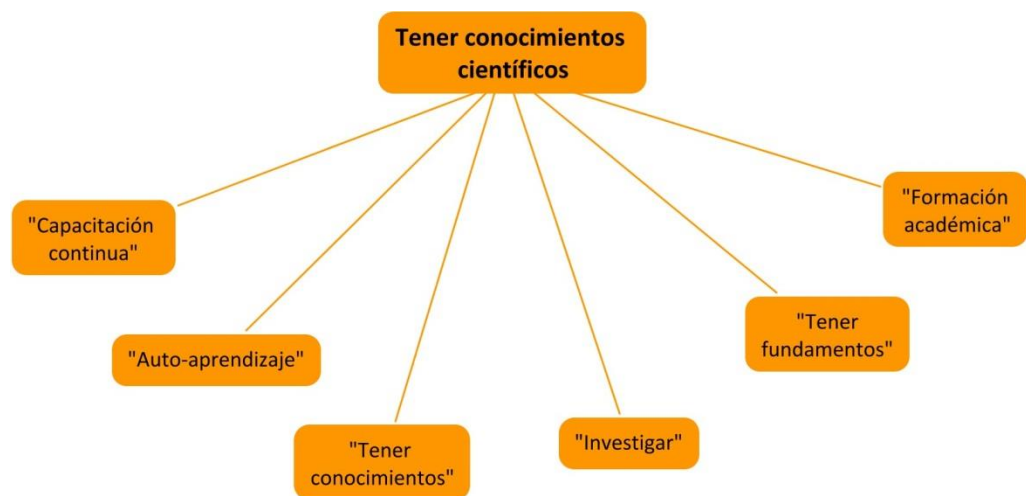
Esquema N° 11: Auto-reconociendo la dimensión social de la enfermera



Esquema N° 12: Auto-reconociendo la dimensión psico-emocional de la enfermera



Esquema N° 13: Auto-reconociendo la dimensión espiritual de la enfermera



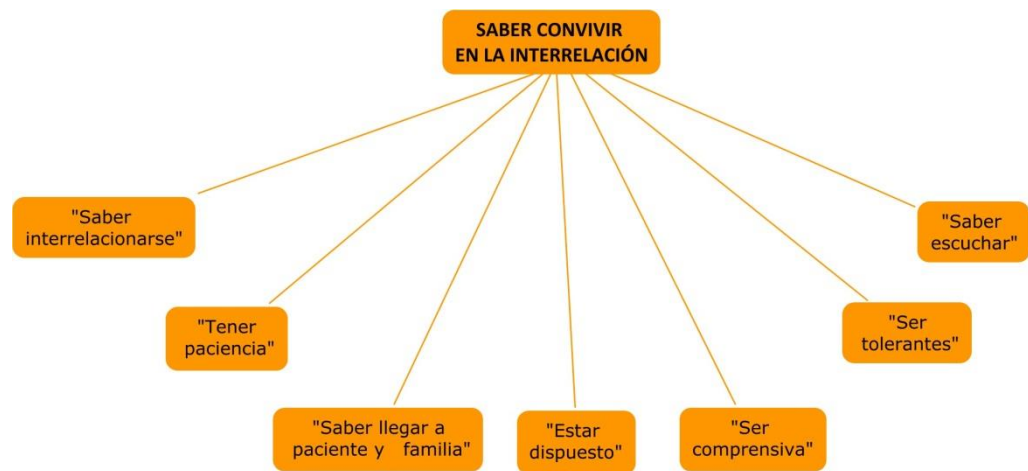
Esquema N° 14: Tener conocimientos científicos actualizados



Esquema N° 15: Desarrollar la práctica del cuidado



Esquema N° 16: Saber ser en el cuidado



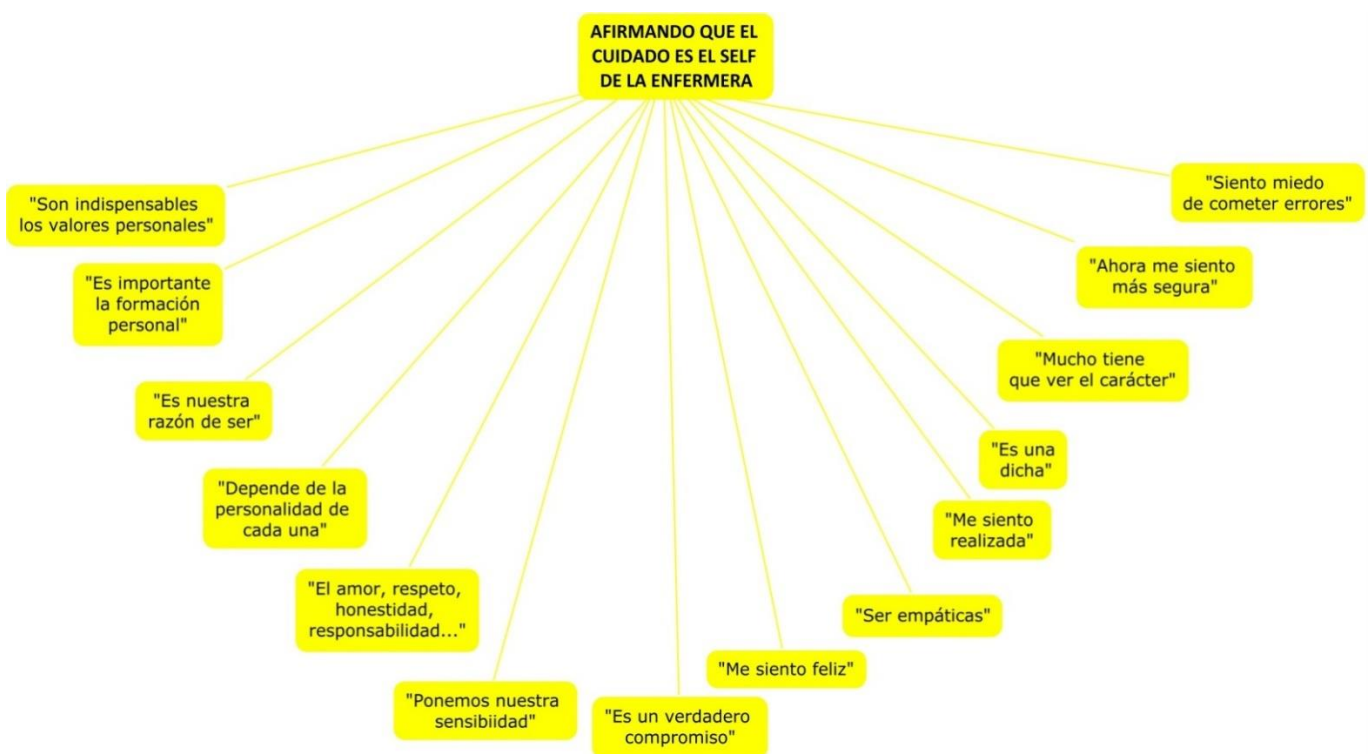
Esquema N ° 17: Saber convivir en la interrelación del cuidado



Esquema N° 18: reconociendo que el cuidado es ciencia



Esquema N° 19: Reconociendo que el cuidado es arte



Esquema N° 20: Afirmando que el cuidado es el “Self” de la enfermera



Esquema N° 21: Emergiendo un proceso de cambio desde lo negativo de la práctica. (Resiliencia)

“La meta de enfermería en sí es brindar cuidado, pero esto no tiene sentido si no se comprende en esencia el significado de Cuidar”

Nelly Rivera

Martín Heidegger en Ser y Tiempo: “la base de la existencia de las personas es el ser en el mundo con los otros.

El ser en el mundo es CUIDADO”

“Ser capaz de prestarse atención a uno mismo es requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás; sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con otros”

(Erich Fromm, en Ética y Psicoanálisis)